Défense nationale
National Defence

B-GL-343-001/FP-000

# SERVICE DE SANTÉ

## (FRANÇAIS)

(Cette publication remplace B-GL-313-001/FP-001, 1996-04-30.)

**AVERTISSEMENT**

QUOIQUE CETTE PUBLICATION NE PORTE PAS DE CLASSIFICATION DE SÉCURITÉ, ON PEUT EN RESTREINDRE L'ACCÈS À L'INFORMATION. ON DOIT EXAMINER EN DÉTAIL LES INFORMATIONS QUI Y SONT CONTENUES POUR DÉTERMINER SI LA TOTALITÉ OU UNE PARTIE DE CETTE PUBLICATION PEUT ÊTRE DIVULUGÉE AU PUBLIC.

**Publiée avec l'autorisation du Chef de l'état-major de l'Armée de terre**

**BPR : DDAT 4-2** **2001-05-30**

Canada

## AVANT-PROPOS

1. La B-GL-343-001/FP-000 *Service de santé* est publiée avec l'autorisation du Chef d'état-major de l'Armée de terre.

2. Cette publication entre en vigueur dès sa réception. Elle remplace B-GL-313-001/FP-001 *Le service de santé au combat* (1996-04-30).

3. Prière de transmettre toute suggestion de modification par les voies habituelles au Directeur — Doctrine de l'Armée de terre, à l'attention du DDAT 9-3.

4. À moins d'indications contraires, les pronons masculins utilisés dans le présent document désignent les genres masculin et féminin.

5. Cette publication est disponible sur support électronique à http://lfdts-6a.d-kgtn.dnd.ca/ael/publications.asp?tab=340 sur le Reséau d'information de la Défense (RID) ou à www. army.dnd.ca/ael sur le Réseau Web mondial.

**© 2000 MDN Canada**

# TABLE DES MATIÈRES

**AVANT-PROPOS** ..... i

**CHAPITRE 1 INTRODUCTION**

SECTION 1 RÔLE ..... 1

Généralités ..... 1

Rôle ..... 2

SECTION 2 MENACE POUR LA SANTÉ ..... 2

SECTION 3 GUERRE DE MANOEUVRE ..... 4

SECTION 4 DÉFIS DES SERVICES DE SANTÉ ..... 4

SECTION 5 POLITIQUES GÉNÉRALES DE SOUTIEN SANITAIRE ..... 6

Soins médicaux ..... 6

Politique d'évacuation ..... 6

Responsabilité administrative des patients ..... 7

Standardisation ..... 7

Abandon de patients ..... 7

**CHAPITRE 2 GESTION DES PATIENTS**

SECTION 1 GESTION DES PATIENTS ..... 9

Concept de gestion des patients ..... 9

Continuum de la gestion des patients ..... 10

Directive clinique opérationnelle ..... 13

SECTION 2 PATHOLOGIES DES BLESSÉS ET DES MALADES ..... 14

Maladies ..... 16

Réaction au stress ..... 17

Pertes massives ..... 20

Triage ..... 21

**CHAPITRE 3 CHAÎNE DES SERVICES DE SANTÉ DURANT LES OPÉRATIONS**

SECTION 1 INTRODUCTION ..... 27

Généralités ..... 27

Corps d'armée ..... 27

Services de santé au sein du corps d'armée ..... 27

Division ..... 28

Services de santé au sein d'une division ..... 28

Groupe-brigade ..... 29

Soutien médical au sein d'un groupe-brigade ..... 29

SECTION 2 STRUCTURE DES SERVICES DE SANTÉ ..... 29

Généralités ..... 29

Niveaux des services de santé ..... 30

Rôles de la chaîne des services de santé ..... 31

Soutien fourni par le pays hôte ..... 32

Soutien sanitaire de zone ..... 32

**CHAPITRE 4 CHAÎNE DES SERVICES DE SANTÉ AU SEIN DU GROUPE-BRIGADE**

SECTION 1 INTRODUCTION ..... 35

SECTION 2 SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS DU GROUPE-BRIGADE — L'ÉLÉMENT MÉDICAL DE L'UNITÉ ..... 35

Généralités ..... 35

Rôle ..... 36

Attribution ..... 36

Organisation ..... 36

Tâches ..... 37

Unités d'infanterie ..... 40

Unités de l'arme blindée ..... 41

Unités d'artillerie ..... 43
Régiment du génie blindé ..... 43
Unités d'aviation tactique ..... 43
Unités de soutien logistique du combat ..... 44
SECTION 3 SERVICES DE SANTÉ DE SOUTIEN RAPPROCHÉ AU SEIN DU GROUPE-BRIGADE — L'AMBULANCE DE CAMPAGNE ..... 44
Généralités ..... 44
Rôle ..... 44
Attribution ..... 44
Organisation ..... 44
Tâches ..... 45
Caractéristiques ..... 46
Élément de commandement de l'ambulance de campagne ..... 46
Compagnie médicale ..... 48
Compagnie d'ambulances ..... 50
Peloton de soins dentaires ..... 51
Peloton des services ..... 52
**CHAPITRE 5 SERVICES DE SANTÉ POUR LA DIVISION ET LES FORMATIONS SUPÉRIEURES**
SECTION 1 INTRODUCTION ..... 53
Généralités ..... 53
Organisation des services de santé ..... 53
SECTION 2 SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS DE LA DIVISION ..... 53
Généralités ..... 53
Affectation des ressources ..... 54
SECTION 3 SERVICES DE SANTÉ DE SOUTIEN RAPPROCHÉ ET DE SOUTIEN GÉNÉRAL

DANS LA DIVISION — LE BATAILLON MÉDICAL ..... 54

Généralités ..... 54

Rôle ..... 54

Affectation des ressources ..... 55

Organisation ..... 55

Tâches ..... 55

Caractéristiques ..... 56

Commandement et contrôle ..... 56

Poste de commandement du bataillon médical ..... 56

Compagnies de soutien médical rapproché ..... 57

Compagnie de soutien médical général ..... 59

Compagnie d'ambulances ..... 60

Compagnie d'administration ..... 60

SECTION 4 SERVICES DE SANTÉ OPÉRATIONNELS ..... 61

Généralités ..... 61

Rôle ..... 61

Affectation des ressources ..... 61

Organisation ..... 62

Tâches ..... 62

Caractéristiques ..... 63

Quartier général du GMC ..... 63

Hôpitaux de campagne ..... 64

Compagnie de soutien médical ..... 67

SECTION 5 SERVICES DE SANTÉ AU NIVEAU STRATÉGIQUE ..... 68

Généralités ..... 68

Rôle ..... 69

Types d'installations au niveau stratégique ..... 69

**CHAPITRE 6 COMMANDEMENT ET CONTRÔLE DES RESSOURCES DE SERVICES DE SANTÉ**

SECTION 1 STRUCTURE DE COMMANDEMENT ..... 71

Généralités ..... 71

État-major du commandant de la formation ..... 71

SECTION 2 COMMANDEMENT ET ÉTAT-MAJOR DU SERVICE DE SANTÉ ..... 72

Commandants du service de santé ..... 72

État-major du service de santé du commandant de la formation ..... 72

Consultants spécialisés ..... 74

Médecin-chef du groupe-brigade ..... 74

Médecins militaires d'unité ..... 76

SECTION 3 COORDINATION DE L'ÉTAT-MAJOR ..... 77

Coordination avec l'état-major général ..... 77

Coordination au niveau de la brigade ..... 82

**CHAPITRE 7 ÉVACUATION DES PATIENTS**

SECTION 1 ÉLÉMENTS DE LA CHAÎNE D'ÉVACUATION DES PATIENTS ..... 83

Généralités ..... 83

Problèmes suscités par l'évacuation des patients ..... 83

Principes élémentaires de l'évacuation des patients ..... 84

Considérations générales ..... 85

Contrôle ..... 86

Politique d'évacuation ..... 86

Administration ..... 86

Choix du mode de transport ..... 87

Communications ..... 87

SECTION 2 ÉVACUATION TERRESTRE ..... 88

Généralités ..... 88

Choix des véhicules ..... 88
Chaîne d'évacuation ..... 89
Contrôle ..... 90
Itinéraires des ambulances ..... 90
Navette d'ambulances ..... 91
SECTION 3 AUTRES MOYENS D'ÉVACUATION ..... 93
**CHAPITRE 8 EMPLOI TACTIQUE DES UNITÉS SANITAIRES**
SECTION 1 GÉNÉRALITÉS ..... 95
But et portée ..... 95
Contexte ..... 96
Ordre de présentation ..... 96
SECTION 2 OPÉRATIONS OFFENSIVES ..... 97
Généralités ..... 97
Problèmes ..... 97
Doctrine ..... 98
Soutien associé au rôle 2 ..... 100
Soutien associé au rôle 3 ..... 101
SECTION 3 OPÉRATIONS DÉFENSIVES ..... 101
Problèmes ..... 102
Doctrine ..... 103
Soutien associé au rôle 2 ..... 104
Soutien associé au rôle 3 ..... 106
Considérations particulières ..... 107
SECTION 4 MANOEUVRES RETARDATRICES ..... 108
Généralités ..... 108
Problèmes ..... 109
Doctrine ..... 111
Soutien associé au rôle 2 ..... 113

Soutien associé au rôle 3 ..... 114
SECTION 5 PHASES TRANSITOIRES ..... 115
Marche à l'ennemi et combat de rencontre—généralités ..... 115
Problèmes ..... 115
Doctrine ..... 116
Soutien associé au rôle 2 ..... 118
Soutien associé au rôle 3 ..... 119
Désengagement — généralités ..... 119
Problèmes ..... 120
Doctrine ..... 122
Soutien associé au rôle 2 ..... 124
Soutien associé au rôle 3 ..... 125
Considérations spéciales ..... 125
Jonction — généralités ..... 126
Problèmes ..... 126
Doctrine ..... 128
Soutien associé au rôle 2 ..... 129
Soutien associé au rôle 3 ..... 130
Relève des troupes — généralités ..... 130
Problèmes ..... 131
Doctrine ..... 132
Soutien associé au rôle 2 ..... 132
Soutien associé au rôle 3 ..... 133

**CHAPITRE 9 OPÉRATIONS DANS DES ENVIRONNEMENTS PARTICULIERS**

Généralités ..... 135
Opérations dans le désert ..... 135
Opérations en montagne ..... 142
Opérations dans la jungle ..... 142

Opérations par temps froid ..... 143

**CHAPITRE 10 OPÉRATIONS DU SERVICE DENTAIRE**

Généralités ..... 149

Rôle ..... 149

Champ d'application ..... 149

Opérations du service dentaire ..... 150

Organisation et emploi ..... 150

Conventions de genève ..... 152

Commandement et contrôle ..... 153

**ANNEXE A OUVRAGES DE RÉFÉRENCE ET ACCORDS DE NORMALISATION** ..... 155

**LISTE DES ABRÉVIATIONS** ..... 159

## TABLE DES FIGURES

Figure 7-1 : Système de navette d'ambulances..... 93

# CHAPITRE 1
# INTRODUCTION

## SECTION 1
## RÔLE

### GÉNÉRALITÉS

1. Les opérations militaires se déroulent dans une zone géographique désignée sous le nom de théâtre des opérations. Habituellement, le théâtre des opérations comprend une zone de combat (ZC) où sont menées les opérations planifiées et une zone de communications (Z COMM) où se trouvent le soutien administratif, les voies de communication et d'autres organismes nécessaires au soutien immédiat et au maintien en puissance de la force.

2. Les forces terrestres affectées à une zone d'opérations comprennent les quartiers généraux de commandement et de contrôle appropriés ainsi que les armes de combat, les armes d'appui au combat et le soutien logistique du combat (SLC) nécessaires.

3. Les Forces canadiennes peuvent former l'ensemble des effectifs militaires ou, ce qui est plus probable, être intégrées à une force combinée ou à une force des Nations Unies. La force concentrée dans une zone d'opérations peut être de la taille d'un groupe-brigade ou moins ou atteindre la taille d'un commandement complet constitué de groupes d'armées, d'armées, de corps d'armées, de divisions et de brigades.

4. Le corps d'armée est la principale formation de combat. Son organisation varie en fonction de la mission qui lui est confiée; il compte un nombre variable de divisions et d'autres éléments des armes de combat, des armes d'appui au combat et du soutien logistique du combat. À l'heure actuelle, la doctrine canadienne au niveau du corps d'armée est fondée sur le modèle américain. Il comprend les services de santé fournis par le Service de santé des Forces canadiennes (SSFC) et le Service dentaire des Forces canadiennes (SDFC).

5. Le contenu de la présente publication est conforme au système administratif décrit dans la B-GL-300-004/FP-002, *Maintien en puissance*, qui traite des notions de base du soutien des forces

terrestres dans une zone d'opérations. Les accords de normalisation utilisés pour rédiger la présente publication sont énumérés à l'annexe A.

## RÔLE

6. Le rôle des services de santé de la Force terrestre est de préserver les effectifs de combat.

7. Il existe plusieurs moyens de préserver les effectifs, dont la prévention des maladies et des blessures accidentelles. Durant les combats, il s'agit de sauver des vies et de prévenir les amputations. Après les combats, il faut faire en sorte que les malades et les blessés reprennent rapidement le service. Enfin, il faut également prévoir l'évacuation hors de la zone d'opérations de ceux qui ne seront probablement pas en mesure de retourner à leur poste dans un délai raisonnable.

## SECTION 2
## MENACE POUR LA SANTÉ

8. Depuis la fin de la guerre froide, nos forces ont été et continueront probablement d'être déployées dans le monde entier à des endroits et dans des environnements imprévus. L'Armée de terre doit être dotée de la capacité d'adaptation nécessaire pour réagir aux diverses situations d'urgence et faire face aux menaces imprévues. Pour ce faire, la doctrine et l'entraînement doivent être de plus en plus adaptables parce que nous n'avons plus le luxe de fonder nos actions sur un adversaire identifié. L'armée canadienne doit être prête à effectuer des opérations de combat à divers endroits et à contrer différentes menaces causées par des terroristes, jusqu'à concurrence des opérations de guerre. Le spectre d'intensité des conflits constitue un paradoxe pour l'armée canadienne parce que celle-ci doit continuer de préparer ses forces à combattre même si elle reconnaît que la plupart des conflits futurs seront probablement d'une intensité restreinte. Par conséquent, la chaîne des services de santé doit également être structurée de manière à pouvoir fournir un soutien dans tous les conflits qui composent le spectre d'intensité des conflits.

9. La menace pour la santé comprend toutes les actions courantes ou éventuelles de l'ennemi et les conditions

environnementales qui réduisent l'efficacité au combat, que ce soit des blessures ou des maladies. Les soldats sont les cibles de cette menace. Parmi les caractéristiques de la guerre moderne qui définissent la menace pour la santé, notons :

a. Une augmentation considérable du nombre des blessés, ce qui entraîne une surcharge locale et généralisée de l'infrastructure des services de santé.

b. Des opérations de combat de l'ennemi dans les zones arrière des forces amies, ce qui rompt les voies de communication et perturbe les activités vitales de soutien logistique du combat et d'appui au combat. Cela entrave sérieusement la capacité des services de santé de récupérer et d'évacuer les blessés et les malades et de leur prodiguer des soins.

c. Les périodes prolongées d'opérations continues intenses qui éprouvent les soldats jusqu'à la limite de leur endurance physiologique et émotionnelle.

d. On ne s'attend pas à des attaques préméditées contre les organisations sanitaires et le personnel ou le matériel médical. Cependant, l'accroissement de l'intensité des combats, la capacité meurtrière accrue des munitions et les effets secondaires éventuels des armes conventionnelles, chimiques ou nucléaires entraîneront une diminution progressive des ressources de santé sur le champ de bataille.

e. Les maladies infectieuses constituent une menace considérable pour les forces combattantes.

f. L'utilisation des technologies de pointe pour améliorer les armes et les munitions actuelles et la mise au point de nouveaux systèmes d'armes pourraient compliquer le diagnostic et les traitements effectués dans la chaîne des services de santé.

## SECTION 3
## GUERRE DE MANOEUVRE

10. L'armée canadienne a adopté une approche manoeuvrière de la conduite de la guerre. La guerre de manoeuvre est une philosophie décrite comme un état d'esprit selon lequel on cherche à vaincre l'ennemi en attaquant son moral et sa cohésion ainsi que sa capacité de combattre de façon coordonnée et efficace, plutôt qu'en le détruisant par attrition.

11. Le concept de la guerre de manoeuvre est fondé principalement sur l'attaque de la vulnérabilité critique de l'ennemi. Pour comprendre ce concept, il faut reconnaître que la défaite de l'ennemi ne signifie pas toujours son élimination. Le but du commandant doit être de vaincre l'ennemi en détruisant systématiquement sa capacité de réagir à l'évolution de la situation, sa cohésion au combat et, ce qui est le plus important, sa volonté de combattre.

12. Selon le concept de la guerre de manoeuvre, on met beaucoup moins l'accent sur les opérations visant à s'emparer du terrain, ce qui oblige les commandants à tous les niveaux à réfléchir aux moyens d'empêcher l'ennemi de se battre tout en réduisant au minimum les pertes chez les forces amies.

## SECTION 4
## DÉFIS DES SERVICES DE SANTÉ

13. Les services de santé doivent participer à l'application des concepts opérationnels et non les entraver. Même si les services de santé contribuent à établir les limites opérationnelles, il faut mettre sur pied des services de santé qui peuvent étendre ces limites au maximum. La chaîne des services de santé doit également prévoir les besoins en matière de santé, planifier le soutien des besoins établis afin de faciliter le rythme et d'assurer le soutien pendant la bataille actuelle, la prochaine et la suivante. Comme la friction, l'incertitude et la confusion de la guerre ne permettent pas de prévoir tous les besoins en soutien, la chaîne des services de santé doit être souple, adaptable et adaptée. Elle doit être capable d'intervenir en cas de besoins imprévus et de se déplacer rapidement afin de permettre au commandant d'exploiter les possibilités à mesure qu'elles surviennent dans la zone d'opérations. Bref, il est important que les services de santé ne

deviennent pas une fin en soi et de s'assurer qu'ils sont toujours axés sur le soutien des opérations.

14. Comme on l'a déjà mentionné, l'armée canadienne a adopté la philosophie de la guerre de manoeuvre, une approche de la guerre qui met l'accent sur des efforts rapides et concentrés, une souplesse tactique et opérationnelle et une capacité d'adaptation décentralisée. Puisque cette philosophie est axée sur l'ennemi, on pourrait facilement supposer que la guerre de manoeuvre a peu d'effets sur les services de santé. Rien ne saurait être plus faux : même si les unités des services de santé n'attaquent pas directement l'ennemi, leurs actions ont des répercussions considérables sur la capacité d'obtenir l'avantage sur le plan moral, d'imprimer le rythme souhaité et d'exploiter les possibilités.

15. Par conséquent, la chaîne des services de santé doit non seulement exécuter la tâche difficile qui consiste à prodiguer des traitements et à assurer l'évacuation sur le champ de bataille, mais également relever les défis suivants :

a. la prestation du soutien dans des zones d'opérations de plus en plus nombreuses;

b. une large dispersion des ressources médicales et dentaires;

c. la prestation des services de santé sur un champ de bataille éloigné;

d. le soutien de troupes amies isolées;

e. les distances d'évacuation accrues;

f. une augmentation du nombre de pertes au cours d'opérations brèves et plus déterminantes.

## SECTION 5
## POLITIQUES GÉNÉRALES DE SOUTIEN SANITAIRE

### SOINS MÉDICAUX

16. Les forces terrestres canadiennes sont soutenues par la chaîne des services de santé canadienne, sauf si cela s'avère impossible en raison de la taille des forces ou de l'endroit où elles se trouvent.

17. Dans les zones avant, la cueillette des patients et l'administration des premiers soins incombent à l'unité. Le traitement et le déplacement des patients au-delà du niveau de l'unité relèvent de l'organisation des services de santé en appui.

### POLITIQUE D'ÉVACUATION

18. La politique d'évacuation de la Force terrestre est établie par le commandant supérieur de la zone d'opérations, suivant les recommandations du conseiller supérieur du Service de santé.

19. La politique d'évacuation correspond au nombre maximal de jours qu'un patient peut être gardé dans une installation médicale à chaque ligne de soutien sanitaire au sein de la zone d'opérations. Les patients qui ne sont pas en mesure de retourner à leur poste dans le délai établi en vertu de la politique d'évacuation sont évacués dès que leur état le permet et que des moyens d'évacuation sont disponibles.

20. Parmi les facteurs sur lesquels repose la politique d'évacuation, notons les suivants :

a. la situation opérationnelle;

b. l'emplacement et la capacité des installations opérationnelles et stratégiques;

c. la disponibilité des ressources d'évacuation tactiques et stratégiques;

d. la politique de reconstitution et la situation.

21. Pour atteindre une utilisation optimale des ressources des services de santé et préserver les effectifs au maximum sans nuire à la mobilité et à la souplesse des formations de manoeuvre, il est recommandé de fixer à deux jours le délai d'évacuation dans la zone de combat au niveau des brigades et des divisions, et à sept jours au sein de la zone du corps d'armée.

## RESPONSABILITÉ ADMINISTRATIVE DES PATIENTS

22. À partir du moment où les patients sont placés sous traitement médical et jusqu'à ce qu'ils retournent à leur poste ou soient évacués du théâtre d'opérations, la chaîne des services de santé doit les nourrir et les vêtir, leur faire respecter la discipline, assurer leur bien-être et prendre les dispositions nécessaires pour leur évacuation.

23. La chaîne des services de santé n'est pas responsable de la cueillette et de l'inhumation des dépouilles, sauf s'il s'agit de membres du Service de santé ou de patients qui meurent pendant qu'ils sont traités.

## STANDARDISATION

24. Dans toute la mesure du possible, l'équipement et les procédures du SSFC et du SDFC doivent être conformes à l'équipement et aux procédures qui ont fait l'objet de protocoles internationaux dont le Canada est signataire. On trouvera à l'annexe A la liste des STANAG et des QSTAG relatifs à la chaîne des services de santé en campagne.

25. Les médecins-chefs des formations et des forces doivent publier des instructions dans le but d'uniformiser l'administration, les schémas thérapeutiques, les traitements dentaires et l'instruction en matière de services de santé.

## ABANDON DE PATIENTS

26. Au cours de certaines opérations, p. ex. le désengagement, il est parfois impossible d'évacuer tous les patients. Quand les risques de capture sont grands, les patients sont laissés aux soins d'une équipe

médicale réduite au minimum compte tenu des traitements à administrer et les fournitures médicales laissées sur place correspondent au minimum requis jusqu'à ce que l'ennemi prenne les patients sous sa responsabilité.

27. La décision d'abandonner les patients à l'ennemi incombe au commandant. Le membre du Service de santé qui possède le grade le plus élevé et le plus d'expérience doit fournir au commandant toute l'information de nature médicale dont ce dernier a besoin pour prendre une décision éclairée.

# CHAPITRE 2
# GESTION DES PATIENTS

## SECTION 1
## GESTION DES PATIENTS

### CONCEPT DE GESTION DES PATIENTS

1. La gestion des patients est un processus continu de soins médicaux de plus en plus complexes suivant les rôles des services de santé, qui sont prodigués afin de répondre aux besoins cliniques des patients. Bien que la gestion optimale des patients ne doive jamais être compromise à moins que la situation tactique ne l'exige, il faut nécessairement en arriver à un compromis entre de nombreux facteurs difficiles à concilier, y compris :

   a. les traitements nécessaires,

   b. les besoins d'évacuation,

   c. les ressources disponibles,

   d. les conditions environnementales et opérationnelles.

2. Le concept de la gestion des patients repose sur la capacité :

   a. de prodiguer efficacement les premiers soins et d'appliquer les procédures de maintien en vie immédiatement après qu'un militaire a été blessé ou dès les premiers symptômes d'une maladie;

   b. de protéger les patients d'une aggravation de leurs blessures, notamment des effets de l'environnement et des armes;

   c. de consigner les renseignements personnels sur les patients et les informations de base sur la maladie ou les blessures de chaque patient et sur le traitement administré;

d. de traiter les patients le plus loin possible à l'avant et de permettre au plus grand nombre de patients de reprendre le service;

e. d'évacuer les patients le plus rapidement possible de l'endroit où ils ont été blessés vers un lieu où ils seront davantage en sécurité et où il y a des installations pour les réanimer et prendre d'autres mesures nécessaires à leur survie;

f. d'évacuer les patients après leur réanimation vers les installations de soins associés au rôle 3 pour qu'ils subissent une chirurgie initiale, puis vers un hôpital à l'arrière ou à l'extérieur du théâtre des opérations;

g. de fournir des soins chirurgicaux complets, des soins infirmiers de longue durée, des soins de convalescence, des soins de réadaptation et d'autres services spécialisés.

## CONTINUUM DE LA GESTION DES PATIENTS

3. **Généralités**. La gestion des patients pendant les opérations des FC est organisée suivant un continuum des soins qui s'étend de la limite avant de la zone de bataille (LAZB) jusqu'au Canada, y compris l'intégration de ressources civiles s'il y a lieu.

4. **Premiers soins**. Soins d'urgence ou soins de maintien en vie prodigués à une personne blessée ou malade lorsqu'un membre du personnel médical n'est pas immédiatement disponible. Comme il s'agit de soins donnés aux blessés avant qu'ils ne soient traités par le Service de santé, on ne considère pas qu'ils font partie de la gestion des patients.

5. Chaque militaire doit connaître les premiers soins d'urgence afin de rétablir la respiration et les battements cardiaques, d'arrêter une hémorragie et de traiter l'état de choc et les infections, et s'être exercé à les prodiguer. Les premiers soins comprennent également l'application de mesures visant à prévenir l'aggravation de l'état de la victime et l'utilisation de méthodes appropriées pour transporter une victime jusqu'à un endroit relativement sûr où elle pourra attendre que

le personnel médical lui prodigue des soins et assure son évacuation. Le secourisme de combat peut comprendre les traitements de base par intraveineuse et l'administration de morphine par du personnel non médical.

6. **Soins médicaux au combat**. Il s'agit des premiers soins prodigués par du personnel médical. Ils sont donnés le plus loin possible à l'avant et dès que possible après qu'un militaire a été blessé ou après l'apparition des symptômes d'une maladie, habituellement par l'adjoint médical avancé de l'installation médicale associée au rôle 1. Cela comprend l'utilisation compétente des techniques d'examen, des mesures de soins d'urgence ou de maintien en vie et une observation et des soins continus afin de s'assurer que les voies respiratoires demeurent ouvertes, que l'hémorragie a été contrôlée et qu'on prévient l'état de choc, l'infection et l'aggravation des blessures. Cela comprend également l'utilisation efficace des fournitures médicales dont ne disposent pas les membres du personnel non médical et les mesures pour l'évacuation.

7. **Soins médicaux d'urgence**. Dans un environnement relativement sûr, du personnel possédant des compétences médicales plus poussées et un jugement plus sûr effectue un examen plus approfondi et entame un plan de traitement. Les soins sont axés sur les soins initiaux en traumatologie (stabilisation de l'état du patient) dans des installations de traitement associées au rôle 1 où on ne peut garder les patients. Ces soins comprennent :

a. le maintien de la fonction cardiorespiratoire;

b. l'arrêt des hémorragies;

c. l'atténuation de l'état de choc grâce au maintien du volume vasculaire;

d. le soulagement de la douleur;

e. le contrôle de la température corporelle;

f. l'application de pansements et d'attelles mieux ajustés;

g. la protection contre les éléments.

8. **Soins provisoires**. Les soins provisoires visent à s'assurer que les premiers efforts déployés pour stabiliser le patient ne sont pas compromis. Ils sont prodigués pendant l'évacuation dans un véhicule médical et dans les installations de traitement qui se trouvent le long de l'itinéraire d'évacuation. Cela comprend l'utilisation du jugement clinique et des habiletés d'une équipe de médecins et d'autres membres du personnel médical, ainsi qu'une vaste gamme de médicaments, d'équipement, de fournitures et de solutions intraveineuses. Ces soins sont prodigués dans une installation où l'on peut garder les patients pendant une période minimale semblable à celle des installations associées au rôle 2. Les examens et les observations nécessaires peuvent être effectués de façon relativement délibérée. Des dispositions sont prises pour évacuer les patients qui ont besoin de soins plus complets vers une installation de traitement appropriée.

9. **Chirurgie initiale**. La chirurgie initiale est une intervention d'urgence qui doit être effectuée le plus rapidement possible et le plus à l'avant possible selon la situation tactique; elle est destinée à réanimer et à stabiliser les patients afin de leur sauver la vie, de prévenir les amputations et de contrôler les hémorragies et les infections. Elle nécessite l'application de procédures détaillées de diagnostic préopératoire, des préparatifs intensifs, des équipes chirurgicales qualifiées, l'administration d'une anesthésie générale, des salles d'opération adéquatement équipées ainsi que des soins postopératoires appropriés. Ces soins sont semblables à ceux prodigués dans une installation de traitement associée au rôle 3.

10. **Soins complets**. Les soins complets sont adaptés précisément à l'état du patient; ils comprennent la gestion des patients et visent la guérison. Des spécialistes appliquent des procédures particulières. Les soins complets permettent une guérison maximale et servent à prévenir les amputations et à maintenir les fonctions vitales. Ils exigent la capacité clinique associée à un hôpital doté de l'équipement et du personnel appropriés et situé dans un environnement où la menace des actions ennemies est faible. Ce type de soins peut être fourni dans un hôpital militaire associé au rôle 4 ou dans une installation civile équivalente au Canada.

11. **Soins de convalescence**. La convalescence s'étend du début de la guérison du blessé jusqu'au moment où ce dernier recouvre une force physique et une énergie qui lui permettront d'accomplir le travail qui lui sera assigné. Il faut faire preuve de jugement clinique afin

d'augmenter progressivement la remise en forme du patient sans excéder ses forces.

## DIRECTIVE CLINIQUE OPÉRATIONNELLE

12. En raison des exigences des opérations, il existe des différences fondamentales entre la gestion des patients sur le théâtre des opérations et dans la pratique civile. Néanmoins, on s'efforce de prodiguer aux membres des Forces canadiennes déployés dans un théâtre d'opérations des services de santé comparables à ceux reçus par la plupart des Canadiens. Toute différence dans les normes de soins prodigués est expliquée dans la directive clinique opérationnelle publiée par le médecin-chef du Service de santé, qui constitue le fondement de l'élaboration des concepts, des procédures de normalisation, des quantités de matériel et d'équipement et de l'évaluation des besoins du personnel. Un certain nombre de documents s'appliquent :

a. **Schémas thérapeutiques cliniques** (STC) pour la gestion des pertes au combat dans les installations de traitement associées au rôle 1 et au rôle 2. Ils sont fondés sur le nombre et les types prévus de patients; les procédures médicales sont modifiées suivant les principes de la simplicité et de l'économie dans des conditions de guerre dans des zones avant. Des consultants et des spécialistes préparent des schémas thérapeutiques optimaux qui sont utilisés pour des types précis de patients à chaque installation associée au rôle des services de santé. Il faut les examiner et les réviser continuellement afin de s'assurer qu'ils tiennent compte des méthodes cliniques les plus appropriées.

b. **Politiques cliniques opérationnelles**. Ces politiques traitent de gestion des patients, principalement dans les installations de traitement associées au rôle 3. Ces politiques complètent les STC tout en tenant compte de la gamme plus étendue d'options thérapeutiques disponibles dans les installations associées au rôle 3 et à l'arrière.

c. **PFC 154, Normes médicales des Forces canadiennes**. Ce manuel est publié avec l'autorisation du chef d'état-major de la Défense (CEMD). On établit dans ce manuel une méthode uniforme d'examens et de catégories médicaux et on y formule une opinion médicale concise au sujet des capacités d'emploi du personnel.

d. **PFC 175, Ordres du Service de santé des Forces canadiennes (OSSFC)**. Les OSSFC sont publiés avec l'autorisation du CEMD. Ils constituent les principes directeurs de l'exécution des fonctions professionnelles et techniques par le personnel médical et le document qui fait autorité sur les mesures prises.

e. **Directives médicales du Chef du Service de santé**. Ces directives médicales, professionnelles et techniques sont publiées avec l'autorisation du Chef du Service de santé, au nom du CEMD. On consulte souvent ces directives médicales pour des troubles médicaux qui doivent être réglés avec célérité, qui sont provisoires ou dont l'évolution est rapide.

13. Le Canada approuve également la normalisation de la gestion des patients militaires par des forums de discussion internationaux tels que l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN) en signant et en mettant en oeuvre des ententes officielles. Voici des exemples de STANAG qui fournissent des directives cliniques :

a. Chirurgie de guerre d'urgence (STANAG 2068);

b. AMed P-11, Manuel OTAN de médecine maritime (STANAG 1269).

## SECTION 2
## PATHOLOGIES DES BLESSÉS ET DES MALADES

14. Une blessure constitue le début d'un processus dynamique qui, s'il n'est pas interrompu par un traitement, suit un cours inexorable, prévisible et déterminé.

15. Une blessure se définit comme l'endommagement ou la destruction :

a. de la peau, ce qui permet à l'infection de s'installer dans l'organisme;

b. des tissus profonds (muscles, nerfs, vaisseaux sanguins, os, organes), ce qui cause une interruption temporaire ou une perte des fonctions.

16. Les effets des blessures touchent tous les systèmes de l'organisme. Les plus importants sont les suivants :

a. le système circulatoire — perte de sang entraînant l'apparition de l'état de choc;

b. le système respiratoire — obstruction de la respiration, ce qui occasionne des degrés divers d'asphyxie.

17. Les blessures ont deux conséquences importantes : l'état de choc et l'infection. L'état de choc causé par la perte de sang est aggravé par la perte d'autres liquides, p. ex., à la suite de blessures graves, de vomissements, de diarrhée, de transpiration abondante ou d'ingestion limitée de liquides. Dans le cas des états de choc très graves, le principe des techniques spécialisées de maintien des fonctions vitales des traumatisés suivant lequel « tout se joue dans la première heure » s'applique : afin d'avoir des chances de survie raisonnables, les blessés doivent être opérés en moins d'une heure. Dans les faits, il est peu probable que cela soit toujours réalisable au cours des opérations. L'état de choc grave constitue la principale cause de décès dans les premières heures suivant une blessure et s'il se poursuit au-delà de six heures, il entraîne des changements irréversibles dans l'organisme.

18. Lorsqu'on subit une blessure, les tissus touchés sont grandement contaminés, ce qui entraîne inévitablement une infection qui demeure localisée pendant environ huit heures. Par la suite, l'infection s'aggrave et se propage; cependant des antibiotiques peuvent l'empêcher de se propager pendant une certaine période. Ce type d'infection, combiné à un état de choc persistant (qui est lui-même aggravé par l'infection), entraîne un deuxième pic de

mortalité six à huit heures plus tard si des soins chirurgicaux n'ont pas été prodigués. C'est pourquoi on utilise la « Règle des six heures » pour choisir l'emplacement des installations chirurgicales et déterminer les besoins en évacuation.

19. L'état de choc et l'infection sont contrôlés par la chirurgie et l'antibiothérapie. Sauf dans certains cas exceptionnels, on effectue une suture primitive retardée des plaies. Suivant cette technique, la blessure, y compris la peau, est laissée ouverte après le parage et n'est suturée que quatre à six jours plus tard (suture primitive retardée). La suture après 10 jours (suture tardive) n'est pas souhaitable parce qu'elle exige des techniques chirurgicales plus compliquées et plus exhaustives et donne de moins bons résultats.

20. Après la chirurgie initiale, le patient doit être immobilisé pendant une certaine période dont la durée est régie par son état ainsi que la méthode et la durée du déplacement. Cette période peut s'étendre jusqu'à 14 jours après une chirurgie thoracique ou abdominale même si bon nombre de patients sont assez bien pour être déplacés pendant la période entre la chirurgie initiale et la suture primitive retardée.

## MALADIES

21. Comme les militaires qui sont déployés durant les opérations sont habituellement jeunes et en bonne santé, on pourrait s'attendre à ce que l'incidence des maladies soit assez faible. Cependant, les conditions de vie des militaires durant les opérations sont particulièrement favorables à la propagation de maladies transmissibles.

22. Bien que la proportion de décès à la suite d'une maladie par rapport à celle des décès résultant des blessures de guerre ait diminué à l'époque moderne, le degré d'indisponibilité attribuable à la maladie est demeuré un facteur très important. La situation est aggravée par le fait que les maladies transmissibles surviennent souvent sous forme d'épidémies. Une maladie transmissible se déclare souvent rapidement et entraîne une grave invalidité. Le patient ne peut s'aider soi-même et le personnel qui n'a pas reçu une formation médicale ne peut guère l'aider. La nécessité de l'évacuer et de le traiter est aussi grande que

pour un blessé, et il se pourrait que les soins médicaux à prodiguer soient plus considérables.

23. Bien qu'une compréhension accrue des principes de la prévention des maladies ainsi que des programmes de vaccination plus efficaces aient diminué la fréquence des maladies et que les thérapies modernes en aient réduit les ravages, on est loin d'avoir éradiqué les maladies chez le personnel déployé durant les opérations.

24. Les Forces canadiennes (FC) peuvent être appelées à être déployées dans n'importe quelle région du monde, à n'importe quel moment, dans un bref délai. Après avoir franchi cinq fuseaux horaires ou plus, il se peut que les troupes connaissent une période de diminution de leur efficacité. Dans les régions montagneuses et en terrain rocheux, l'élimination sanitaire des déchets et l'hygiène personnelle sont plus difficiles. Les militaires peuvent également éprouver des malaises associés à l'altitude. Durant les déploiements dans des régions tropicales, ils peuvent être exposés à des animaux porteurs de microbes pathogènes, à une flore et à une faune toxiques, à la pollution de l'eau, à des infestations parasitaires et au stress dû à la chaleur. Dans des climats froids, les militaires sont exposés aux gelures, à l'hypothermie, au pied des tranchées et à la cécité des neiges s'ils ne sont pas bien préparés. Il faut prévoir une période d'acclimatation à la chaleur et au froid extrêmes afin d'éviter au maximum les troubles dus au froid et à la chaleur. De mauvaises conditions météorologiques peuvent également influer sur les symptômes et la gravité des maladies.

## RÉACTION AU STRESS

25. La réaction au stress est un terme qui désigne l'ensemble des effets réversibles causés par le stress des opérations et fait référence au bouleversement psychologique temporaire qui entraîne une incapacité de fonctionner normalement (y compris la capacité d'engager le combat contre l'ennemi et de survivre).

26. L'expression réaction au stress de combat (RSC) englobe l'épuisement au combat, le choc dû au combat, le stress dû à un incident critique ainsi que des termes plus anciens comme le traumatisme dû au bombardement. La fréquence de la RSC est liée à

de nombreux facteurs, notamment la durée, le type et l'intensité du combat.

27. **Prévention**. Même les individus les plus solides sont susceptibles de connaître la réaction au stress, mais on peut prendre des mesures préventives pour minimiser le nombre de pertes. Il ne faut pas ménager les efforts pour développer la cohésion dans les unités et les sous-unités en mettant l'accent sur l'identification et l'intégration au groupe pour favoriser le sens de la confiance et de la stabilité chez l'individu, améliorer le moral, la confiance dans les chefs et établir une confiance commune parmi les membres de l'unité. Il faut promouvoir le patriotisme et l'amour du pays et chacun doit comprendre les buts et les objectifs nationaux et s'identifier à ceux-ci. Les commandants doivent instiller chez leurs troupes la croyance dans la cause pour laquelle ils doivent se battre et les militaires doivent être prêts à faire confiance à leurs amis et à leurs chefs immédiats. Les soldats doivent acquérir un degré élevé d'aptitude physique afin de combattre la fatigue, et s'il y a lieu, d'éprouver leur endurance personnelle. Les soldats doivent être conscients des effets du stress et on doit les encourager à penser que l'exposition au stress leur apprend à reconnaître leurs lacunes et à surmonter les effets du stress sans en devenir une victime. Les mesures préventives portent également sur les aspects les plus insidieux de la peur — la peur de l'inconnu — en permettant au personnel de se familiariser avec la capacité réelle de l'ennemi sur le plan de la tactique, de la technologie et des effets des armes anticipés. La prévention comprend également un solide système de soutien social (p. ex., la sécurité de la famille des militaires). Enfin, on ne saurait trop insister sur l'importance d'un entraînement réaliste éprouvant dont l'intensité et la durée correspondent à celles des opérations prévues.

28. La RSC est une réaction normale à une situation très anormale et n'est pas considérée comme un trouble psychiatrique. Toutefois, si elle n'est pas traitée correctement, elle peut en devenir un. La RSC peut se présenter sous forme de dépression, d'agitation ou de psychose. Les pertes attribuables à la réaction au stress sont divisées en deux groupes principaux. Le premier comprend les militaires qui peuvent être traités par les superviseurs au sein de la formation et qui ne sont pas censés avoir besoin de soins médicaux. Cependant, lorsqu'une victime a dépassé le délai arbitraire fixé pour le traitement et continue à présenter des symptômes importants, on la considère comme un patient psychiatrique et elle est traitée par les ressources médicales.

29. Les militaires qui présentent des réactions aiguës au stress nécessitant des soins peuvent manifester des symptômes après une exposition relativement brève et intense au combat (p. ex., moins de 48 heures). La réaction chronique au stress (épuisement au combat) survient chez les militaires qui ont été exposés au combat pendant des périodes prolongées (p. ex., plusieurs jours ou semaines). Dans les deux cas, les principes du traitement sont les mêmes :

a. promptitude — il faut les traiter dès que possible;

b. proximité — il faut les traiter le plus à l'avant possible;

c. perspective — les superviseurs et les équipes de gestion du stress doivent adopter l'attitude selon laquelle le militaire n'est pas malade et devrait reprendre son poste le plus tôt possible, et transmettre cette attitude à la victime;

d. simplicité — on donne au personnel non médical de l'unité une formation afin qu'il puisse prodiguer un traitement de base;

e. centralité — une équipe en santé mentale comprenant peut-être des médecins militaires, des infirmières psychiatriques, des adjoints médicaux ou des psychologues cliniques doit trier les patients afin de s'assurer que seuls ceux qui en ont besoin sont évacués derrière la limite arrière de la formation et que la plupart d'entre eux peuvent être retournés à leur unité.

30. **Traitement**. Le traitement des victimes d'une réaction mineure au stress (sujets répondant bien au traitement) a lieu le plus à l'avant possible suivant la situation opérationnelle et le pronostic de l'individu. Leur traitement consiste à dormir, à manger, à prendre une douche, à porter des vêtements propres et à avoir l'occasion de s'exprimer auprès de quelqu'un qui pratique l'écoute active et manifeste de l'empathie. L'ensemble du traitement doit être fondé sur une attitude positive et sur la probabilité d'un retour rapide au combat. Ce traitement a lieu habituellement à l'arrière du secteur de l'unité afin de ne pas entraver la mobilité de cette dernière, mais au sein de la

formation d'appartenance. Dans des circonstances normales, l'installation associée au rôle 2 est l'élément médical le plus avancé qui reçoit les patients victimes d'une réaction plus grave au stress (réfractaire), c'est-à-dire qui ne réagissent pas à un simple traitement et dont le pronostic est plus réservé. Ces patients sont traités par des infirmières psychiatriques et des adjoints médicaux ayant reçu une formation psychiatrique. S'il y a lieu, on peut consulter les psychiatres des installations associées au rôle 3. Le traitement demeure simple et on n'administre des médicaments que lorsque c'est essentiel.

31. **Évacuation**. Comme les victimes de la réaction au stress sont évacuées et traitées par des moyens autres que médicaux le moins à l'arrière possible, de façon à ne pas gêner les opérations, elles n'entrent pas dans le système de remplacement. Les patients qui ne réagissent pas à un repos de 72 heures dans une installation associée au rôle 2 sont évacués vers une installation associée au rôle 3 afin de subir une évaluation psychiatrique et de recevoir encore des soins pendant 72 heures. Si l'on détermine qu'ils sont victimes d'une autre psychopathologie ou si le traitement échoue à ce niveau, ils sont évacués vers une installation associée au rôle 4 au Canada. Habituellement, on attribue aux victimes de réaction au stress une cote de priorité 3 (routine) pour l'évacuation par des moyens de transport médicaux. Dans la zone de combat avancée, on recommande l'évacuation terrestre car l'évacuation par hélicoptère peut symboliser un état plus grave et un retrait prolongé du combat.

## PERTES MASSIVES

32. N'importe quel type d'opération peut entraîner des pertes massives. L'expression « pertes massives » s'applique lorsque le nombre de pertes subies dans une période relativement brève excède les capacités des services de santé et du soutien logistique. Il y a pertes massives lorsqu'on constate un écart excessif entre le nombre de blessés et les capacités médicales disponibles sur place pour leur traitement conventionnel. Cet écart peut toucher le personnel, les installations, l'équipement, les fournitures, les communications et les moyens d'évacuation, ce qui influe sur l'opportunité du traitement. Lorsque le nombre de blessés est considérable, l'écart peut être multiplié plusieurs fois, ce qui perturbe grandement l'application de la doctrine du traitement et de l'évacuation. Par ailleurs, une situation où une personne doit traiter simultanément deux blessés graves constitue également une situation de pertes massives. Lorsqu'on subit des pertes

massives, on peut être obligé de traiter les patients qui sont déjà dans l'installation sanitaire conformément aux procédures applicables aux pertes massives jusqu'à ce que la situation globale soit résolue.

33. Lorsque le nombre de blessés excède la capacité nominale des ressources médicales, les unités médicales doivent être prêtes à modifier les normes et l'étendue des traitements médicaux habituellement prodigués. Ces modifications doivent avoir pour but de soulager le plus possible le plus grand nombre de patients possible. La responsabilité de l'autorisation des procédures propres aux situations de pertes massives incombe au commandant des services de santé le plus élevé en grade qui est immédiatement disponible. Il doit toujours être conscient que la durée de la situation est limitée et être prêt à revenir aux méthodes courantes le plus tôt possible.

## TRIAGE

34. Le triage est l'évaluation et le classement des blessés en vue du traitement et de l'évacuation. Tous les patients doivent être traités individuellement; bien que le traitement et l'évacuation puissent être différents pour chacun d'eux, ils sont habituellement évalués simultanément et c'est pourquoi on leur attribue un degré de priorité. Le triage est le tri immédiat des patients suivant le type et la gravité de leurs blessures et leurs probabilités de survie. Ces décisions portent sur la nécessité de la réanimation, d'une chirurgie d'urgence et la futilité de la chirurgie lorsque la létalité intrinsèque de certaines blessures est tout simplement évidente. L'objectif du triage est de permettre au plus grand nombre de militaires de retourner au combat le plus rapidement possible et de sauver la vie et les membres de ceux qui ne peuvent y retourner.

35. **Triage courant**. On examine les patients à chaque installation sanitaire afin de déterminer ceux qui peuvent recevoir les traitements appropriés sans être évacués; on leur attribue une priorité suivant leurs besoins, particulièrement en cas de réanimation ou de chirurgie. On utilise la classification suivante selon laquelle la priorité 1 est la plus urgente :

a. **PRIORITÉ UN (P1)**. La vie du patient est immédiatement menacée. Une évacuation rapide, de préférence par la voie des airs, et un traitement

accéléré sont nécessaires pour lui sauver la vie. Les critères comprennent ceux qui nécessitent la réanimation et une chirurgie hâtive, p. ex. :

(1) des urgences respiratoires telles que l'asphyxie attribuable à une obstruction des voies respiratoires, des blessures maxillo-faciales accompagnées d'une asphyxie ou d'une asphyxie imminente, des plaies aspirantes du thorax ou un pneumothorax suffocant;

(2) l'état de choc attribuable à une hémorragie grave, des lésions des viscères solides, des lésions cardio-péricardiques ou des blessures accompagnées de multiples lésions musculaires, des blessures multiples et des fractures graves et des blessures graves sur plus de 20 p. 100 de l'étendue de la surface du corps (ESC).

b. **PRIORITÉ DEUX (P2)**. Les risques de décès ou d'amputation sont graves, mais la vie du patient n'est pas immédiatement en danger. Les patients dont les blessures nécessitent une chirurgie hâtive et qui devront peut-être être réanimés présentent entre autres :

(1) des lésions internes, y compris des perforations du tractus digestif;

(2) des lésions de l'appareil génito-urinaire et des blessures thoraciques, sans asphyxie;

(3) des blessures aux gros vaisseaux qui exigent une chirurgie;

(4) des lésions cérébrales et des blessures à la colonne vertébrale, ouvertes ou fermées, qui nécessitent une décompression;

(5) des brûlures sur moins de 20 p. 100 de l'ESC à certains endroits, p. ex., visage, mains, pieds, organes génitaux et périnée.

c. **PRIORITÉ TROIS (P3)**. On classe dans cette catégorie les patients qui présentent d'autres pathologies que celles décrites ci-dessus, y compris les lésions cérébrales et les blessures à la colonne vertébrale, les blessures aux tissus mous qui nécessitent un parage, les fractures et les luxations moins graves, les blessures oculaires, les blessures maxillo-faciales sans asphyxie, les brûlures à d'autres endroits couvrant moins de 20 p. 100 de l'ESC, la réaction au stress et les blessures mineures.

36. **Triage des pertes massives**. Ce tri est semblable au triage courant, mais il nécessite un jugement clinique rapide par le personnel médical le mieux qualifié afin de s'assurer que l'on traite d'abord les patients qui ont les meilleures chances de survie. Il faut accorder la priorité absolue aux procédures simples de maintien en vie qui peuvent être rapidement appliquées. La prévention de l'amputation est moins importante que le maintien en vie et les chirurgies fonctionnelles l'emportent sur les chirurgies esthétiques. On utilise la classification ci-dessous suivant laquelle la classification T1 est la plus urgente :

a. **TRAITEMENT IMMÉDIAT (T1)**. Le patient a des chances élevées de survie, mais il doit être réanimé et opéré d'urgence au moyen de techniques rapides. Environ 20 p. 100 des pertes massives se classent dans cette catégorie. Leur état comprend l'asphyxie, l'obstruction respiratoire mécanique, des plaies aspirantes du thorax et une hémorragie accessible.

b. **TRAITEMENT RETARDÉ (T2)**. La chirurgie dont le patient a besoin peut être retardée sans que cela compromettre indûment son succès. Afin d'atténuer les effets souvent critiques d'un report de la chirurgie, il faut prodiguer des soins provisoires afin de stabiliser l'état du patient, p. ex., des solutions intraveineuses, des antibiotiques, un cathétérisme, une décompression gastrique et le soulagement de la douleur. Environ 20 p. 100 des

pertes massives se classent dans cette catégorie. Leur état comprend des blessures accompagnées d'un état de choc croissant, des lésions des grands muscles, des fractures des grands os, des blessures intra-abdominales et thoraciques, des blessures à la tête ou à la colonne vertébrale, de graves brûlures sans complications ainsi que des lésions cérébrales fermées accompagnées d'une perte de conscience croissante.

c. **TRAITEMENT MINIMAL (T3)**. La vie du patient n'est pas en danger et il ne risque pas l'amputation même si l'un de ses organes ou de ses membres a subi une lésion invalidante. Pour le moment, l'état du patient est relativement stable et l'évacuation peut être effectuée lorsqu'un moyen de transport sera disponible. Environ 40 p. 100 des pertes massives se classent dans cette catégorie. Ces patients présentent notamment des lésions des tissus mous accompagnées de lésions musculaires modérées qui ne menacent pas le fonctionnement des reins, des fractures et des luxures moins graves, des écorchures, des réactions au stress et des blessures mineures qu'ils peuvent traiter eux-mêmes ou avec l'aide de personnel non médical.

d. **TRAITEMENT EN ATTENTE (T4)**. Les blessures ou les maladies des patients de cette catégorie sont tellement étendues que même s'ils étaient les seuls blessés, bénéficiant ainsi de l'utilisation optimale des ressources, leur survie serait quand même très peu probable. Dans une situation de pertes massives, ce type de patient nécessite l'utilisation d'une proportion injustifiée des ressources limitées qui nuirait au traitement des patients ayant un meilleur pronostic. Jusqu'à ce que la situation s'améliore, ces patients reçoivent un traitement de soutien approprié de la part d'un personnel réduit, mais compétent, y compris l'utilisation possible de doses importantes d'analgésiques narcotiques. Environ 20 p. 100 des pertes massives se classent dans cette catégorie. Ces patients présentent notamment de multiples

blessures graves, de graves blessures à la tête ou à la colonne vertébrale, des brûlures graves très étendues ou ont reçu des doses considérables d'irradiation.

# CHAPITRE 3
# CHAÎNE DES SERVICES DE SANTÉ DURANT LES OPÉRATIONS

## SECTION 1
## INTRODUCTION

### GÉNÉRALITÉS

1. On trouvera dans le présent chapitre une vue d'ensemble du soutien offert par les services de santé à un corps d'armée d'une force de coalition au cours d'opérations.

### CORPS D'ARMÉE

2. Le corps d'armée est la principale formation de combat de l'armée. Ses responsabilités sont à la fois d'ordre tactique et administratif. Il est organisé selon les tâches à accomplir, qui peuvent varier selon les situations. Cependant, il comprend toujours les troupes indispensables de commandement, de contrôle et de soutien qui permettent au commandant du corps d'armée de lancer des opérations avec les formations de combat qui lui sont affectées.

3. Habituellement, le corps d'armée comprend entre deux et cinq divisions, un groupe-brigade autonome ainsi que les armes d'appui et les éléments de soutien dont il a besoin pour se maintenir. Le Canada a adopté la doctrine américaine des services de santé au niveau du corps d'armée qui est décrite dans la publication US FM 4-02.10, *Theater Hospitalization*.

### SERVICES DE SANTÉ AU SEIN DU CORPS D'ARMÉE

4. Bien que les unités des services de santé fassent partie de l'ordre de bataille du corps d'armée, leur nombre et leur type varient puisqu'ils sont adaptés à la mission, à la composition de la force et au théâtre d'opérations. Au niveau opérationnel, les unités des services de santé relèvent du Commandement médical du corps d'armée (COMCA). Le COMCA est organisé et structuré de façon

fonctionnelle de manière à assurer des services de santé au corps d'armée tout entier au niveau opérationnel et des services de santé généraux aux troupes du corps d'armée. En plus d'un élément d'appui et d'un quartier général de commandement médical, le COMCA comprend habituellement un ou plusieurs groupes médicaux, dont l'un peut être un Groupe médical du Canada (GMC). Les unités d'appui d'un COMCA peuvent comprendre des escadrons d'ambulances aériennes et des compagnies médicales de buanderie, de bains et de décontamination. Dans le Coffre de campagne informatisé (CCI), le COMCA est représenté par la 80$^{e}$ Brigade médicale.

## DIVISION

5. Les divisions sont les principales formations de combat d'un corps d'armée. La division a des responsabilités à la fois d'ordre tactique et administratif. Contrairement au corps d'armée auquel elle est subordonnée, son organisation est fixe et comprend la structure de commandement, les armes de manoeuvre, les armes d'appui au combat et les éléments de soutien logistique du combat (SLC) dont elle a besoin pour participer aux opérations.

6. Une division comprend trois ou quatre brigades ainsi que les armes d'appui et les éléments de soutien dont elle a besoin pour se maintenir. On donne un aperçu de l'organisation d'une division canadienne d'infanterie mécanisée dans le CCI.

7. **Emploi**. Une division est conçue pour la guerre, mais elle peut également s'acquitter de toute une gamme d'autres tâches, y compris le maintien de la paix, le respect de la trêve ou d'autres activités connexes.

8. Les principales formations de combat au sein d'une division sont les trois brigades. Habituellement, les armes et les éléments de soutien de la division sont articulés avec les brigades pour exécuter les tâches assignées.

## SERVICES DE SANTÉ AU SEIN D'UNE DIVISION

9. **Le bataillon médical divisionnaire**. En règle générale, un bataillon médical divisionnaire affecte une compagnie médicale

avancée en appui à chaque brigade tandis que la compagnie de soutien médical prodigue des soins aux troupes divisionnaires. Selon l'articulation des éléments des diverses armes, le corps d'armée peut affecter d'autres ressources de soutien sanitaire. Voir le chapitre 5 pour plus de détails sur les services de santé au niveau divisionnaire et aux niveaux plus élevés.

## GROUPE-BRIGADE

10. Le nombre et le type de forces assignées à une zone d'opérations dépendent de la mission et de la nature des opérations. En plus des divisions, un groupe-brigade mécanisé est habituellement affecté à un corps d'armée. Il s'agit d'une formation indépendante dotée d'une organisation fixe, y compris des unités intégrées de manoeuvre, d'appui au combat et de SLC.

## SOUTIEN MÉDICAL AU SEIN D'UN GROUPE-BRIGADE

11. L'ambulance de campagne intégrée assure le soutien rapproché, y compris le traitement et l'évacuation des blessés. On décrit ce soutien en détail au chapitre 4.

# SECTION 2
# STRUCTURE DES SERVICES DE SANTÉ

## GÉNÉRALITÉS

12. La chaîne des services de santé a pour mission d'examiner et de traiter les patients le plus à l'avant possible et de les retourner à leur poste; par ailleurs, les ressources des services de santé doivent servir de façon à ce que le plus grand nombre possible de soldats en bénéficient au maximum dans l'intérêt de la mission. Quand le nombre de patients excède largement la capacité de traitement, il est parfois nécessaire de concentrer les efforts sur les patients qui peuvent être retournés rapidement à leur poste et sur ceux dont la réanimation exige un minimum de personnel, de fournitures et de temps.

13. La chaîne des services de santé est une chaîne unique et intégrée qui s'étend entre l'avant de la zone de combat et le Canada.

Cette chaîne assure l'évacuation efficace des malades et des blessés le plus rapidement possible vers les installations médicales ou dentaires où ils pourront recevoir les traitements adéquats. La régulation de l'évacuation des malades et des blessés est effectuée sans égard aux limites latérales ou arrière.

## NIVEAUX DES SERVICES DE SANTÉ

14. **Généralités**. Au sein d'une zone d'opérations, les services de santé sont organisés en niveaux qui s'étendent vers l'arrière à travers l'ensemble de la zone. La capacité de chaque niveau est adaptée aux caractéristiques de l'environnement opérationnel et ses ressources jouent un rôle particulier dans le processus progressif de soins, d'hospitalisation et d'évacuation des blessés et des malades. Ces capacités, qui sont désignées sous le nom de « niveaux de services de soutien », sont décrites dans la présente section.

15. Plus on s'éloigne du front, plus les niveaux des services de santé ainsi que les moyens d'évacuation deviennent sophistiqués.

16. Tous les aspects des services de santé sont organisés de façon à permettre une certaine souplesse. Voici la description des niveaux de la chaîne des services de santé :

a. **Soutien intégré**. Établissements des services de santé organiques des unités, p. ex., le poste sanitaire d'unité (PSU).

b. **Soutien rapproché**. Les unités des services de santé qui sont habituellement affectées à des unités particulières au sein de la formation.

c. **Soutien général**. Unités des services de santé qui assurent un soutien à l'ensemble de la force et non à une partie de celle-ci. Il est à noter que les ambulances de campagne et les bataillons médicaux divisionnaires offrent à la fois un soutien rapproché et général à leur formation.

d. **Soutien de niveau opérationnel**. Ce niveau de soutien est habituellement offert sur le théâtre des

opérations par des ressources nationales. Il peut être assuré par un élément de soutien national (ESN) ou un GMC, suivant la taille et la complexité de l'opération. Lorsque les besoins en services de santé excèdent les capacités canadiennes sur le théâtre des opérations, ils sont gérés par l'entremise des ressources du COMCA.

e. **Soutien au niveau stratégique**. Les services de santé au niveau stratégique sont habituellement fournis au Canada dans des installations civiles et militaires. Cela comprend la gamme complète des processus de diagnostic et de traitement offerts par le système de soins de santé civil. Sur le théâtre des opérations, les services de santé au niveau stratégique sont assurés aux échelons supérieurs au corps d'armée (ESCA) par des ressources alliées ou des ressources de la nation hôte ou de la nation prédominante.

## RÔLES DE LA CHAÎNE DES SERVICES DE SANTÉ

17. Les capacités de la chaîne des services de santé sont divisées en quatre rôles, comme suit :

a. **Rôle 1**. Cette capacité comprend le repérage et l'enlèvement des blessés de l'endroit où ils ont été touchés, l'administration des premiers soins et des soins d'urgence, les interventions du domaine de la traumatologie et les examens médicaux courants.

b. **Rôle 2**. Cette capacité est généralement associée à l'évacuation à partir des installations médicales intégrées, aux soins provisoires durant le déplacement et à la garde ou au traitement des patients ayant besoin de soins minimum. Parfois, cela comprend l'application de techniques de réanimation.

c. **Rôle 3**. Cette capacité comprend le personnel et l'équipement nécessaires pour effectuer la

réanimation, les chirurgies initiales et prodiguer des soins postopératoires/à court terme aux malades hospitalisés. Elle comprend également des services courants de radiographie, d'analyses en laboratoire, de médecine interne de base et de soins psychiatriques limités. S'y ajoutent le réapprovisionnement des unités avant/appuyées et l'évacuation des patients de ces unités.

d. **Rôle 4**. Outre le réapprovisionnement et l'évacuation, cette capacité comprend également :

(1) sur le théâtre — hôpital pluridisciplinaire et services de réadaptation pour les patients qui peuvent être retournés à leur poste suivant la politique d'évacuation du théâtre;

(2) au Canada — hôpital pluridisciplinaire, chirurgie reconstructive et réadaptation.

## SOUTIEN FOURNI PAR LE PAYS HÔTE

18. Afin d'obtenir et de fournir des services médicaux et dentaires dans une zone d'opérations, il faut parfois que les Forces canadiennes, les forces alliées ou celles du pays hôte et les autorités civiles se prêtent mutuellement assistance. C'est pourquoi il peut être utile de conclure des ententes au moment de la planification préparatoire, à l'aide de documents tels qu'un protocole d'entente (PE), des STANAG ou des QSTAG.

## SOUTIEN SANITAIRE DE ZONE

19. Les unités et sous-unités qui ne possèdent pas de ressources organiques de services de santé obtiennent des soins de santé des ressources de la zone situées à proximité. Cela comprend les services ci-dessous :

a. services de consultation externe,

b. évacuation des patients,

c. hospitalisation,

d. médecine préventive,

e. fournitures médicales,

f. services dentaires.

20. Le soutien de zone englobe tous les aspects des services de santé assurés de façon économique au sein d'une région délimitée. Les diverses unités des services de santé dont on a besoin sont réparties selon la taille des troupes à soutenir et basées dans des endroits propices à l'accueil de concentrations de troupes. Grâce au soutien de zone, on s'assure également que des services de santé sont disponibles dans l'ensemble de la zone d'opérations de manière à ce que l'acheminement des patients se fasse le long de l'axe d'évacuation.

# CHAPITRE 4
# CHAÎNE DES SERVICES DE SANTÉ AU SEIN DU GROUPE-BRIGADE

## SECTION 1
## INTRODUCTION

1. Le nombre et le type de forces affectées à une zone d'opérations dépendent de la mission et de la nature des opérations. Outre des divisions, un groupe-brigade mécanisé du Canada (GBMC) peut être attribué à un corps de coalition. Il s'agit d'une formation autonome du corps d'armée ayant une organisation fixe, y compris des unités de manoeuvre, d'appui au combat et de soutien logistique du combat (SLC) intégrées.

2. La chaîne des services de santé qui appuie le groupe-brigade comprend des éléments intégrés des services de santé qui assurent les soins associés aux rôles 1 et 2 et certains soins associés au rôle 3 lorsqu'ils sont renforcés.

## SECTION 2
## SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS DU GROUPE-BRIGADE — L'ÉLÉMENT MÉDICAL DE L'UNITÉ

### GÉNÉRALITÉS

3. Des éléments médicaux organiques assurent le soutien sanitaire intégré des unités. La prise en charge des blessés et des malades à partir des positions avancées est promptement suivie d'un traitement médical d'urgence et de l'évacuation, au besoin.

4. Le personnel médical du poste sanitaire de l'unité (PSU) s'occupe des examens courants à la salle d'examen médical et de la médecine préventive.

5. Pendant les périodes d'accalmie, le personnel médical suit une instruction professionnelle axée sur les métiers et se perfectionne, dispense conseils et assistance pour l'instruction en matière de premiers soins, d'hygiène et de techniques sanitaires ainsi que dans

d'autres domaines paramédicaux tels que l'évacuation des malades et des blessés.

## RÔLE

6. Le rôle de l'élément médical de l'unité est de fournir le soutien sanitaire associé au rôle 1.

## ATTRIBUTION

7. Les éléments médicaux sont attribués à raison d'un élément par unité de la taille d'un bataillon.

## ORGANISATION

8. L'organisation de l'élément médical de l'unité varie en fonction du rôle et de la structure de l'unité d'appartenance. Les éléments médicaux des grandes unités des armes de combat comprennent un petit poste de commandement, un PSU et des équipes médicales de combat du niveau de la compagnie.

9. **Grandes unités**. Un médecin militaire (MM) commande le peloton médical dont la taille est variable et qui peut comprendre jusqu'à 21 membres du personnel médical. On y trouve également des militaires de l'unité tels que des brancardiers, des chauffeurs, des radios et du personnel chargé de l'eau et de l'assainissement qui ne sont pas membres du Service de santé des Forces canadiennes (SSFC), mais qui relèvent du commandement du médecin de l'unité. L'organisation du peloton médical type d'une unité majeure est décrite dans le Coffre de campagne informatisé (CCI).

10. **Petites unités**. Il se peut que de petites unités n'aient pas de médecin militaire attitré. Cette compétence est alors fournie par l'unité des services de santé de soutien rapproché (SR). La section médicale peut compter de un à six adjoints médicaux.

11. **Véhicules et équipement**. Chaque grande unité est habituellement dotée d'au moins une ambulance pour chaque sous-unité de la taille d'une compagnie et d'un camion de transport et

d'une remorque pour le poste de commandement de l'élément médical et le PSU. Les petites unités ont au moins une ambulance. Les éléments médicaux d'unité reçoivent des fournitures générales et du matériel médical suivant le barème de dotation autorisé en fonction des tâches qu'ils accomplissent. La nature des véhicules et de l'équipement varie selon des facteurs comme le climat, le terrain et le rôle de l'unité.

## TÂCHES

12. Voici les responsabilités d'un élément médical :

a. établir un PSU et des postes de rassemblement des blessés (PRB);

b. prodiguer des soins médicaux d'urgence et des soins dentaires aux blessés et faire subir des examens médicaux courants aux malades;

c. mettre sur pied un système de navette d'ambulances pour l'évacuation des malades des compagnies vers le PSU;

d. faire des examens médicaux, donner des vaccins et assurer l'administration médicale;

e. donner des conseils en matière de médecine préventive, de premiers soins et d'autres questions connexes.

13. **Poste de commandement du peloton médical**. Le poste de commandement du peloton médical est toujours situé au même endroit que le PSU. Son personnel travaille habituellement au PSU.

14. Le peloton devrait pouvoir communiquer par téléphone avec les éléments des sous-unités. La communication avec l'ambulance de campagne chargée de le soutenir est généralement assurée par la navette d'ambulances.

15. **Le poste sanitaire d'unité (PSU)**. Le PSU est la première installation du système d'évacuation sanitaire. Il est habituellement

installé le plus loin possible dans la zone avancée. Afin de faciliter les communications, le PSU doit être situé le plus près possible du quartier général du groupe-brigade.

16. Les tâches du PSU sont les suivantes :

a. accueillir, examiner et trier les malades selon les priorités de traitement et d'évacuation;

b. vérifier les premiers soins qui ont été prodigués, administrer les soins d'urgence qui s'imposent pour sauver la vie ou prévenir l'amputation, soulager la douleur et préparer l'évacuation de ceux qui ont besoin de soins dépassant la capacité du PSU;

c. traiter les malades présentant des affections ou des blessures mineures et les retourner à leur poste le plus tôt possible;

d. fournir un abri, une protection et des soins provisoires aux malades, particulièrement à ceux qui vont être évacués;

e. si c'est possible, observer les malades contaminés par des agents chimiques et procéder à la décontamination essentielle nucléaire, biologique et chimique (NBC) avant d'entreprendre le traitement;

f. ouvrir ou tenir des dossiers médicaux de campagne;

g. fournir des informations sur tous les malades évacués vers l'arrière du PSU ou toute autre information demandée par le poste de commandement du peloton médical de l'unité;

h. maintenir le programme d'immunisation de l'unité;

i. effectuer des activités de médecine préventive, y compris des tests de potabilité de l'eau;

j. effectuer des inspections et des examens médicaux courants du personnel de l'unité;

k. donner de l'instruction individuelle et de l'instruction au niveau de la sous-unité et fournir conseils et assistance dans le domaine de l'instruction paramédicale du personnel de l'unité;

l. entretenir le matériel médical de l'unité et les fournitures générales du PSU.

17. **Équipe médicale de combat**. Au niveau de la compagnie, une équipe médicale de combat installe un PRB à proximité du poste de commandement de la compagnie ou de l'équipe de combat. Au combat, les adjoints médicaux demeurent avec leurs sous-unités, sauf lorsqu'ils doivent accompagner un soldat gravement blessé ou malade au PSU. Les adjoints médicaux peuvent être retirés temporairement de l'équipe médicale de combat et être affectés au PSU lorsque leur unité ne participe pas activement à des engagements.

18. Voici les tâches des adjoints médicaux au PRB :

a. coordonner et diriger les activités de sauvetage et de rassemblement des blessés dans la zone de la compagnie;

b. trier les malades selon les priorités d'évacuation;

c. superviser et vérifier les premiers soins déjà administrés;

d. administrer les soins médicaux d'urgence selon leurs compétences, le temps disponible et la situation tactique;

e. préparer les malades pour l'évacuation;

f. diriger les blessés ambulatoires vers le PSU, et s'il y a lieu, organiser l'évacuation des malades alités vers cette installation;

g. dresser régulièrement le bilan du nombre et du type de malades, de l'endroit où ils se trouvent et de la situation médicale locale et en rendre compte au

commandant de la compagnie et au médecin de l'unité;

h. lorsque le temps disponible le permet, établir une fiche médicale de campagne (qui pourrait s'avérer utile en cas d'évacuation sanitaire aérienne au niveau de la compagnie).

## UNITÉS D'INFANTERIE

19. **Généralités**. Il faut que les pertes soient retirées rapidement du champ de bataille afin que les bataillons d'infanterie puissent être en mesure de conserver leur efficacité au combat. Cela exige donc un système d'évacuation extrêmement souple et un tri compétent au PSU.

20. **Organisation**. Le peloton médical d'un bataillon d'infanterie mécanisé est décrit dans le CCI.

21. **Concept d'opération**. Lorsqu'ils sont malades ou blessés, les soldats, dans un premier temps, s'administrent eux-mêmes les premiers soins ou se font soigner par des compagnons d'armes. C'est pourquoi il est essentiel que tous les membres de l'unité maîtrisent les méthodes d'administration des premiers soins au combat.

22. Les brancardiers, qui sont membres du personnel de l'unité, repèrent les pertes et les transportent en lieu sûr. Ils vérifient les premiers soins administrés ou les prodiguent ou encore dirigent les blessés ambulatoires vers le PRB. Des soldats appartenant à tous les niveaux de l'unité peuvent être désignés brancardiers. Les brancardiers sont habituellement affectés à des pelotons avancés à raison de deux par peloton de fusiliers, quatre brancardiers supplémentaires étant employés au PSU.

23. Les blessés peuvent arriver au PRB par divers moyens, notamment :

a. par leur propres moyens lorsqu'ils peuvent circuler sans aide;

b. guidés par des membres de leur section;

c. transportés dans un véhicule;

d. transportés ou soutenus par des brancardiers.

24. Après un traitement au PRB, les malades qui doivent être évacués plus loin sont transportés par l'ambulance blindée de l'unité jusqu'au PSU.

## UNITÉS DE L'ARME BLINDÉE

25. **Généralités**. Les pertes massives sont moins fréquentes dans une unité de l'Arme blindée que dans une unité d'infanterie. Cependant, une proportion plus grande des pertes sont gravement blessées et le nombre de brûlés est plus élevé. L'extraction des blessés se trouvant dans des véhicules et leur transport hors du champ de bataille sont souvent des opérations difficiles qui peuvent nécessiter du matériel spécialisé. L'évacuation, particulièrement lorsqu'il s'agit d'unités de reconnaissance blindées, s'effectue habituellement sur des distances plus grandes que dans le cas des unités d'infanterie.

26. **Organisation**. L'élément médical d'un régiment blindé est semblable à celui d'un bataillon d'infanterie. Cependant, le PSU est plus petit que celui d'un bataillon d'infanterie étant donné que le nombre de pertes est rarement aussi élevé.

27. **Concept d'opération**. Le soutien sanitaire offert aux divers types d'éléments de l'Arme blindée est similaire à celui qui est fourni à d'autres éléments et varie selon la mission, le terrain et la distance sur laquelle le soutien doit être offert. Les escadrons évoluent souvent loin de leur unité et doivent donc être dotés d'un élément médical adapté à leur mission. Les pertes des groupements tactiques et des équipes de combat sont traitées par le PSU.

28. **Régiments blindés**. En raison de la protection offerte par les véhicules blindés, un certain nombre de blessés qui s'extraient de véhicules hors service réussissent à se mettre à l'abri du danger immédiat et s'administrent les premiers soins ou se font soigner par des compagnons d'armes. Cependant, il y a de fortes chances que le PRB soit trop loin pour qu'ils puissent s'y rendre à pied ou y être transportés. Les blessés sont donc évacués par le personnel de l'unité à bord d'ambulances chenillées de l'escadron et d'autres véhicules de

l'unité, jusqu'au PRB de l'escadron. La chaîne des services de santé à l'arrière de l'escadron est semblable à celle des unités d'infanterie.

29. **Unités de reconnaissance blindées**. Des unités telles que l'escadron de reconnaissance blindé sont souvent employées au niveau de la troupe, de sorte que l'élément médical doit être capable d'offrir un soutien médical rapproché. Cependant, comme il est essentiel de maintenir le nombre de véhicules au minimum, il n'est pas pratique d'attribuer une équipe médicale de combat à chaque troupe. C'est pourquoi tous les membres d'une unité blindée doivent maîtriser les premiers soins au combat et la troupe doit être capable d'administrer les premiers secours et de procéder à l'évacuation de son personnel. Le chef de troupe doit décider si les blessés peuvent demeurer avec la troupe pendant le reste de la mission sans que leur vie ne soit en danger. Lorsque c'est possible, ils peuvent être intégrés au système d'évacuation à la première occasion ou être transportés au PSU de l'unité d'appartenance dès que la mission de la troupe est terminée.

30. Lorsque le chef de troupe décide que les blessés ne devraient pas demeurer avec la troupe, un certain nombre de possibilités s'offrent à lui, p. ex. :

a. les blessés peuvent être laissés dans une cache où les échelons et les éléments de renforcement de l'unité les recueilleront; cependant, les blessés doivent être capables de survivre pendant l'attente et on peut devoir désigner du personnel pour rester auprès d'eux;

b. un véhicule d'évacuation peut être réclamé à l'avant pour recueillir les blessés lorsque la situation tactique le permet (les hélicoptères sont alors le mode de transport préféré);

c. les blessés peuvent être évacués jusqu'au PRB de l'escadron où ils sont triés, puis évacués, de préférence par hélicoptère.

## UNITÉS D'ARTILLERIE

31. **Organisation**. L'élément médical d'un régiment d'artillerie est semblable à celui d'un bataillon d'infanterie.

32. **Concept de soutien sanitaire**. Les unités d'artillerie sont habituellement déployées de telle sorte que les diverses batteries sont séparées par des distances considérables. Le personnel médical de la batterie assure le soutien, mais il évolue de façon relativement autonome par rapport au PSU. En raison du nombre moins considérable de soldats appuyés et de la position centrale de la batterie, les services de brancardiers régimentaires ne sont pas généralement nécessaires. Les blessés sont évacués directement de l'emplacement de la batterie à l'installation des services de santé la plus proche.

## RÉGIMENT DU GÉNIE BLINDÉ

33. **Organisation**. Un élément médical type d'un régiment du génie blindé est décrit dans le CCI.

34. **Concept de soutien sanitaire**. Les équipes médicales de combat sont affectées au soutien des escadrons lorsque le contexte s'y prête. Quand des troupes du génie sont affectées auprès d'autres unités, le soutien sanitaire peut être assuré à partir du PSU. Lorsque des membres du génie sont employés comme fantassins, le PSU est renforcé à l'aide des ressources de l'ambulance de campagne.

## UNITÉS D'AVIATION TACTIQUE

35. Pour les besoins de l'examen courant des malades et de l'administration des soins médicaux de premier niveau, un PSU est intégré à la structure des escadrons d'aviation tactique. Les escadrons bénéficient également des services d'un médecin de l'air affecté par la formation, qui effectue les examens médicaux des équipages et s'occupe des aspects médicaux et de la sécurité des vols.

### UNITÉS DE SOUTIEN LOGISTIQUE DU COMBAT

36. Les unités du SLC subissent des pertes à la suite de tirs d'artillerie longue portée, de tirs de missiles, de bombardements, d'insertions aéroportées ou aéromobiles ou durant la défense des lieux qu'elles occupent. Les accidents relatifs à l'entreposage et à l'expédition du matériel, à l'utilisation de machinerie lourde et à des opérations de transport prolongées sont également la cause d'un nombre considérable de blessures. Par conséquent, ces unités bénéficient du soutien d'une organisation médicale.

## SECTION 3
## SERVICES DE SANTÉ DE SOUTIEN RAPPROCHÉ AU SEIN DU GROUPE-BRIGADE — L'AMBULANCE DE CAMPAGNE

### GÉNÉRALITÉS

37. Le groupe-brigade reçoit des services de santé de soutien rapproché grâce à une ambulance de campagne organique.

### RÔLE

38. Le rôle d'une ambulance de campagne de groupe-brigade consiste à fournir le soutien associé au rôle 2 et, lorsqu'elle est renforcée, une partie du soutien associé au rôle 3.

### ATTRIBUTION

39. Les ambulances de campagne sont attribuées à raison d'une par groupe-brigade.

### ORGANISATION

40. L'ambulance de campagne se compose d'un élément de commandement de l'unité, d'une compagnie médicale, d'une compagnie d'ambulances, d'un peloton de soins dentaires et d'un

peloton d'administration. L'organisation d'une ambulance de campagne est décrite dans le CCI.

## TÂCHES

41. Voici les tâches de l'ambulance de campagne :

a. fournir des éléments de commandement et de contrôle afin de s'assurer que les ressources des services de santé sont employées le mieux possible dans l'ensemble du groupe-brigade;

b. fournir le soutien médical associé au rôle 1 à la demande des unités qui ne disposent pas d'éléments médicaux de première ligne organiques;

c. évacuer les malades qui se trouvent dans les PSU;

d. évacuer les malades vers le poste sanitaire de la brigade, à moins de disposition expresse permettant d'agir autrement;

e. mettre sur pied des installations pour le triage, le transit et l'administration de soins limités aux patients, y compris les soins chirurgicaux en zone avancée;

f. garder les malades et les blessés suivant la politique d'évacuation du groupe-brigade et pendant les périodes au cours desquelles l'évacuation est interrompue;

g. fournir du personnel d'augmentation, de renfort et de remplacement aux PSU;

h. recompléter les stocks de fournitures et de matériel médicaux;

i. aider à garder les troupes en santé et à prévenir les maladies;

j. fournir des services dentaires au groupe-brigade.

## CARACTÉRISTIQUES

42. L'ambulance de campagne possède les caractéristiques suivantes :

a. lorsqu'elle a reçu le matériel, les effectifs et l'instruction appropriés, l'ambulance de campagne est en mesure de fournir le soutien associé aux rôles 1 et 2 et une partie du soutien associé au rôle 3 dans tous les genres d'opération et dans n'importe quelle région du monde;

b. l'unité est complètement mobile et peut effectuer sa propre administration — des pelotons médicaux peuvent fonctionner de façon autonome pendant de courtes périodes;

c. le maintien d'une réserve et de moyens de communication appropriés confèrent à l'unité toute sa souplesse;

d. les ambulances de campagne ne disposent d'aucune installation chirurgicale intégrée, mais des équipes chirurgicales de campagne (ECC) ou un centre chirurgical avancé (CCA) peuvent y être attachés provisoirement;

e. l'unité ne dispose d'aucune ambulance aérienne intégrée; ces ressources doivent lui être fournies par les ressources de l'aviation de soutien.

## ÉLÉMENT DE COMMANDEMENT DE L'AMBULANCE DE CAMPAGNE

43. **Généralités**. Voici les sections qui forment l'élément de commandement d'une ambulance de campagne :

a. une section de commandement composée du commandant de l'unité, du commandant adjoint, du sergent-major régimentaire et de leurs chauffeurs;

b. une section des opérations;

c. une section des transmissions;

d. une section d'administration.

44. **Section de commandement**. La section de commandement est responsable :

a. du commandement, du contrôle et de l'administration de l'unité;

b. de la mise au point du plan de soutien médical de la formation;

c. du contrôle des éléments attachés.

45. **Section des opérations**. La section des opérations forme le poste de commandement de l'unité qui relève de l'officier des opérations.

46. **Section des transmissions**. La section des transmissions assure toutes les communications dont l'ambulance de campagne a besoin. Cela comprend l'installation des réseaux téléphoniques de l'unité et des sous-unités et les stations extérieures sur les réseaux de commandement et d'administration du groupe-brigade. La section des transmissions possède une capacité limitée de maintenance et de réparation. Elle se trouve habituellement dans le complexe de l'élément de commandement de l'ambulance de campagne.

47. **Section d'administration**. La section d'administration fournit les services d'une salle des rapports à l'ambulance de campagne. Cela comprend un capitaine-adjudant de l'unité, un commis-chef et des commis d'administration. La section fournit entre autres les services suivants :

a. les communications aux unités de l'admission, de l'évacuation vers l'arrière ou du retour des patients;

b. l'administration du personnel de l'unité et des patients;

c. le fonctionnement d'un standard téléphonique pour le complexe de l'élément de commandement de l'unité.

## COMPAGNIE MÉDICALE

48. **Généralités**. La compagnie médicale fait la tournée des PSU et des hôpitaux de soutien. Elle est habituellement située dans la zone de soutien de la brigade (ZSB) où elle constitue un poste sanitaire de brigade (PSB) comprenant une installation de soins limités. La situation tactique ou les distances qui séparent les PSU et le PSB pourrait exiger qu'un ou deux pelotons médicaux se déploient à l'avant de la ZSB afin de maintenir des intervalles appropriés entre les installations de relais.

49. **Tâches**. La compagnie médicale doit :

a. fournir des installations de transit et de stocks médicaux;

b. recompléter les stocks de fournitures médicales de ses sous-unités et des PSU;

c. établir un centre de décontamination des patients (CDP) pour la décontamination des patients avant leur traitement médical;

d. assurer le soutien sanitaire et administratif d'une ECC ou d'un CCA qui lui serait attaché;

e. faire de la médecine préventive;

f. assurer le soutien sanitaire des unités qui ne possèdent pas des éléments de soutien sanitaire intégrés en déploiement dans la zone arrière de la brigade;

g. traiter les malades de passage ou ceux qui sont gardés dans les installations de la compagnie;

h. fournir des services pharmacologiques et assurer le recomplètement médical;

i. fournir du personnel et du matériel de remplacement aux PSU appuyés;

j. recueillir et présenter les comptes rendus et rapports.

50. **Poste de commandement de la compagnie**. Cet élément se compose d'une section de commandement, d'une section d'approvisionnement médical de l'unité et d'une section de médecine préventive. Il est habituellement situé au même endroit que l'élément de commandement de l'ambulance de campagne, dans la zone d'administration de brigade (ZAB), et ne possède pas de poste de commandement.

51. La section d'approvisionnement médical comprend le pharmacien de la brigade et des adjoints médicaux qui ont reçu une instruction relative à l'approvisionnement médical. La section garde en stock la dotation initiale des unités en fournitures médicales, qui ne sont pas distribuées aux sous-unités, ainsi que les fournitures médicales qui constituent la dotation de subsistance de la formation appuyée.

52. La section de médecine préventive est composée d'un technicien principal en médecine préventive et d'un ou de plusieurs techniciens adjoints. Cette section fournit les services de médecine préventive à l'ambulance de campagne et aux unités qui ne possèdent pas des effectifs intégrés en médecine préventive. En outre, cette section assure, au nom du commandant de l'unité, la supervision technique des techniciens en médecine préventive de la formation. Ces derniers se trouvent normalement dans le secteur du poste de commandement de la compagnie médicale où ils sont affectés.

53. **Pelotons médicaux**. Chaque peloton médical comprend un petit élément de commandement et deux sections médicales. Comme il forme une entité distincte, le peloton médical peut être chargé d'un PSB. Habituellement, l'une des sections assure les soins médicaux d'urgence tandis que l'autre s'occupe des malades en attente.

54. Chacune des deux sections médicales peut être déployée de façon autonome pour s'occuper d'installations de transit des malades. En pareil cas, des médecins militaires du poste de commandement du peloton sont habituellement détachés auprès des sections pour y assurer l'encadrement clinique.

55. La section médicale peut être subdivisée en deux détachements médicaux. Lorsqu'un médecin et un adjoint médical principal sont attachés à un détachement, ce dernier peut servir à augmenter ou à remplacer le personnel d'un PSU. Il peut également administrer des soins médicaux lorsque les forces subissent des pertes massives.

56. **Tâches**. Voici les tâches des pelotons médicaux :

a. installer des PSB ou des postes de transit des malades;

b. augmenter ou remplacer le personnel des PSU;

c. recompléter les stocks de fournitures médicales des PSU;

d. traiter les malades de passage ou ceux qui sont gardés sur place;

e. maintenir une liaison avec les unités appuyées;

f. compiler les comptes rendus et rapports.

## COMPAGNIE D'AMBULANCES

57. **Généralités**. La compagnie d'ambulances se déploie dans la zone avancée et assure les soins associés au rôle 2 pendant l'évacuation terrestre des patients.

58. **Tâches**. La compagnie d'ambulances est chargée :

a. de l'évacuation terrestre des malades des PSU vers le PSB;

b. du commandement et du contrôle de toutes les ressources d'évacuation organiques de l'ambulance de campagne et de celles qui sont affectées à cette dernière;

c. de la liaison avec les unités appuyées;

d. du fonctionnement des PC de rechange de l'unité;

e. du remplacement du parc d'ambulances;

f. du transport des fournitures et du personnel médical.

59. **Poste de commandement de compagnie**. Le poste de commandement de la compagnie d'ambulances comprend une section de commandement et un poste de commandement. Comme la compagnie d'ambulances fait office de poste de commandement de rechange de l'unité, elle dispose des mêmes moyens de communication que l'élément de commandement de l'ambulance de campagne.

60. **Pelotons d'ambulances**. Chaque poste de commandement d'un peloton peut fournir le personnel, les véhicules et les moyens de communication nécessaires pour deux postes de contrôle d'ambulances (PCA). Les pelotons d'ambulances légères comportent deux sections de six ambulances légères chacune. Le peloton d'ambulances mixte comprend une section de six ambulances moyennes et une section de six ambulances blindées à roues.

## PELOTON DE SOINS DENTAIRES

61. **Généralités**. Ce peloton a pour rôle d'assurer le soutien dentaire du groupe-brigade. Les opérations dentaires sont décrites en détail au chapitre 10.

62. **Tâches**. Voici les tâches d'un peloton de soins dentaires :

a. maintenir la santé buccale des troupes et prévenir les maladies dentaires;

b. administrer des soins dentaires courants et urgents suivant les capacités du peloton de soins dentaires et

organiser l'évacuation des patients qui requièrent des soins excédant la capacité des ressources du peloton;

c. établir les dossiers dentaires des patients, tenir des statistiques et présenter les comptes rendus et rapports exigés dans les ordres permanents de la formation et par les quartiers généraux supérieurs;

d. recevoir et contrôler le matériel et les fournitures dont la sous-unité a besoin et les faire livrer aux sections;

e. fournir un soutien paramédical.

## PELOTON DES SERVICES

63. **Généralités**. Le peloton des services assure un soutien intégré à tous les éléments et attachements de l'ambulance de campagne, y compris le transport, la maintenance, l'approvisionnement en général et l'alimentation.

64. **Tâches**. Le peloton des services doit :

a. fournir des services de transport, de maintenance, d'approvisionnement général et d'alimentation à toutes les sous-unités de l'ambulance de campagne;

b. coordonner tous les aspects logistiques avec le bataillon des services de SR et le QG du groupe-brigade;

c. assurer le contrôle des sous-unités durant les mouvements tactiques et administratifs et compiler et remettre les comptes rendus et rapports.

# CHAPITRE 5
# SERVICES DE SANTÉ POUR LA DIVISION ET LES FORMATIONS SUPÉRIEURES

## SECTION 1
## INTRODUCTION

### GÉNÉRALITÉS

1. La chaîne des services de santé divisionnaires s'étend des zones opérationnelles avant des bataillons ou groupements tactiques de manoeuvre jusqu'à la limite arrière de la division. Le présent chapitre porte principalement sur la chaîne des services de santé intégrés, de soutien rapproché (SR) et de soutien général (SG) au sein de la division. Les services de santé de niveau opérationnel sont assurés par un élément de soutien national (ESN) qui est décrit à la section 4 du présent chapitre.

### ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ

2. L'organisation des services de santé comprend des pelotons/sections médicaux organiques qui assurent un soutien intégré aux unités individuelles, un bataillon médical qui fournit un soutien rapproché et un soutien général à la division et un ESN qui assure le soutien opérationnel.

## SECTION 2
## SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS DE LA DIVISION

### GÉNÉRALITÉS

3. Comme on l'a vu au chapitre 3, les services de santé intégrés sont prodigués au niveau de l'unité et relèvent du commandant de l'unité. Ces services comprennent le transport des malades et des blessés hors des emplacements avancés, les soins médicaux d'urgence et, au besoin, une évacuation plus loin à l'arrière.

## AFFECTATION DES RESSOURCES

4. Les quartiers généraux et escadrons des transmissions divisionnaires, les principales armes de combat, armes d'appui au combat et unités de soutien logistique du combat (SLC) possèdent des services de santé intégrés organiques.

5. Les unités dont l'élément médical ne comprend pas un médecin militaire sont appuyées par une compagnie désignée du bataillon médical.

# SECTION 3
# SERVICES DE SANTÉ DE SOUTIEN RAPPROCHÉ ET DE SOUTIEN GÉNÉRAL DANS LA DIVISION — LE BATAILLON MÉDICAL

## GÉNÉRALITÉS

6. Les services de santé de soutien rapproché sont assurés par les pelotons médicaux des compagnies de soutien médical rapproché qui sont habituellement affectées au bataillons et aux groupes-brigades de manoeuvre des brigades au sein de la division. La compagnie de soutien médical général du bataillon médical assure le soutien général des services de santé des zones des troupes divisionnaires. L'articulation du bataillon médical divisionnaire est située le long des lignes fonctionnelles afin d'assurer le contrôle des maigres ressources des services de santé au niveau le plus élevé. On met l'accent sur les traitements traumatologiques et l'évacuation rapide afin que le patient se trouve dans le meilleur état possible pour subir des traitements plus poussés dans l'installation appropriée.

## RÔLE

7. Le rôle du bataillon médical est de fournir des services de santé rapprochés et généraux à la division.

## AFFECTATION DES RESSOURCES

8. Les bataillons médicaux sont attribués à raison d'un par division.

## ORGANISATION

9. Un bataillon médical comprend un poste de commandement, trois compagnies de soutien médical rapproché, une compagnie de soutien médical général, une compagnie d'ambulances et une compagnie d'administration. L'organigramme d'un bataillon médical figure dans le Coffre de campagne informatisé (CCI).

## TÂCHES

10. Le bataillon médical divisionnaire est chargé :

a. de commander et de contrôler des ressources qui lui sont affectées ou attachées;

b. d'exécuter le plan du Service de santé de la division;

c. d'évacuer des patients des installations des services de santé intégrées vers les postes sanitaires de brigade (PSB) ou le poste sanitaire divisionnaire (PSD);

d. de gérer des installations de soins limités qui peuvent garder des patients pendant de courtes périodes;

e. de servir de base pour l'établissement temporaire d'un centre chirurgical avancé;

f. d'assurer les services de santé associés aux rôles 1 et 2, au besoin, dans les zones;

g. d'augmenter, de renforcer ou de remplacer le personnel du poste sanitaire d'unité (PSU) des éléments médicaux intégrés, au besoin;

h. de fournir un soutien administratif limité à des équipes de spécialistes qui lui sont attachées;

i. de fournir des équipes chargées d'aider les victimes de la réaction au stress de combat (RSC);

j. d'assurer des services de médecine préventive;

k. de fournir des services d'approvisionnement en fournitures médicales de soutien rapproché;

l. de prodiguer des conseils médicaux aux brigades appuyées.

## CARACTÉRISTIQUES

11. Un bataillon médical divisionnaire possède une capacité administrative organique. Ses compagnies médicales peuvent fonctionner en autonomie pendant de courtes périodes quand elles appuient leurs brigades affiliées. La compagnie de soutien médical ou n'importe quelle des compagnies médicales peut appuyer une équipe chirurgicale de campagne (ECC) ou un centre chirurgical avancé (CCA). Par contre, les bataillons médicaux divisionnaires ne possèdent aucune capacité chirurgicale ou capacité d'évacuation aérienne organique.

## COMMANDEMENT ET CONTRÔLE

12. Le commandant du bataillon médical divisionnaire est également le médecin-chef de la division et à ce titre, le principal conseiller du Service de santé auprès du commandant divisionnaire. Le quartier général de la division compte un officier d'état-major du Service de santé chargé de coordonner les questions d'ordre médical.

## POSTE DE COMMANDEMENT DU BATAILLON MÉDICAL

13. **Rôle**. Le rôle du poste de commandement du bataillon médical est d'aider le commandant à s'acquitter de ses responsabilités de commandement et de planification.

14. **Organisation**. Le poste de commandement du bataillon médical est mobile et autonome sur le plan administratif. Il comprend une section de commandement, une section de communication et une section d'administration.

15. **Tâches**. Les tâches du poste de commandement découlent de son rôle et sont les suivantes :

a. conseiller le commandant sur toutes les questions touchant le soutien sanitaire fourni à la division par le bataillon médical;

b. contrôler et coordonner l'exécution du plan sanitaire divisionnaire;

c. déployer des sous-unités du service de santé pour combler les besoins opérationnels;

d. planifier et coordonner l'instruction médicale avec le bataillon médical;

e. fournir un soutien d'état-major administratif au bataillon médical.

16. **Emplacement**. Le poste de commandement est habituellement situé dans la zone de soutien divisionnaire (ZSD) avec les compagnies de soutien médical et des services. On peut affecter un détachement au poste de commandement arrière de la division afin de faciliter la planification et la coordination.

## COMPAGNIES DE SOUTIEN MÉDICAL RAPPROCHÉ

17. **Rôle**. Le rôle des compagnies de soutien médical rapproché est de fournir un soutien médical rapproché aux brigades affiliées.

18. **Organisation**. Les compagnies de soutien médical rapproché se composent d'un poste de commandement, de trois pelotons médicaux et d'une section des services qui comprend un détachement d'approvisionnement, de transport et de services alimentaires. Un diagramme illustrant la compagnie médicale divisionnaire figure dans le CCI.

19. **Tâches**. Les compagnies de soutien médical rapproché exécutent des tâches semblables à celles de l'ambulance de campagne dont on a discuté précédemment. Elles comprennent notamment :

a. aménager des installations de traitement et de garde des patients de soutien rapproché (PSB) afin de fournir des soins médicaux dans chaque zone;

b. aménager des relais au besoin;

c. prodiguer des soins de réanimation afin de réduire le taux de mortalité et de morbidité;

d. prodiguer des soins provisoires pendant le transport;

e. fournir un soutien intégré aux éléments qui ne disposent pas de ressources médicales organiques;

f. augmenter, renforcer ou remplacer le personnel des PSU;

g. assurer le réapprovisionnement des PSU en fournitures médicales et en équipement;

h. fournir un soutien auxiliaire et administratif aux équipes médicales attachées, telles qu'une ECC;

i. mettre sur pied un centre de décontamination des patients (CDP), au besoin.

20. Dans une structure divisionnaire, les compagnies de soutien médical rapproché sont organisées et équipées pour remplir les fonctions supplémentaires ci-dessous :

a. coordonner l'évacuation terrestre au moyen des ambulances qui leur sont attribuées;

b. effectuer la planification médicale pour la brigade affiliée;

c. s'auto-administrer pendant des périodes limitées.

## COMPAGNIE DE SOUTIEN MÉDICAL GÉNÉRAL

21. **Rôle**. Le rôle principal de la compagnie de soutien médical général est de fournir un soutien médical général aux troupes divisionnaires.

22. **Organisation**. La compagnie de soutien médical général comprend un poste de commandement, trois pelotons médicaux, un centre de gestion du stress, une section de fournitures médicales et une section de médecine préventive. Un diagramme illustrant la compagnie de soutien médical général figure dans le CCI.

23. **Tâches**. Ses tâches comprennent notamment :

a. établir un PSD pour les troupes divisionnaires;

b. garder les victimes de maladie bénignes et de blessures légères qui sont évacuées d'un PSB, quand les circonstances l'exigent;

c. fournir un soutien intégré aux éléments qui ne disposent pas de ressources médicales organiques;

d. fournir un soutien auxiliaire et administratif à des équipes spécialisées attachées au PSD, telles qu'une ECC ou qu'un CCA;

e. augmenter, renforcer ou remplacer le personnel des compagnies médicales;

f. fournir des services de médecine préventive;

g. assurer le réapprovisionnement des compagnies médicales et des PSU en fournitures médicales et en équipement;

h. mettre sur pied au PSD un centre de décontamination des patients;

i. fournir des spécialistes pour faciliter la gestion des victimes de RSC.

## COMPAGNIE D'AMBULANCES

24. **Rôle**. Le rôle de la compagnie d'ambulances est d'assurer l'évacuation terrestre des patients du PSU à un PSB aménagé par une compagnie de soutien médical rapproché ou au PSB établi par la compagnie de soutien médical général.

25. **Organisation**. La compagnie d'ambulances comprend un poste de commandement et sept pelotons d'ambulances légères.

26. **Tâches**. Ses tâches comprennent notamment :

a. transporter des patients et leur prodiguer des soins provisoires en cours de transport;

b. transporter des fournitures, de l'équipement et du personnel médical;

c. maintenir la liaison avec les unités appuyées;

d. assurer le commandement et le contrôle de l'ensemble de l'évacuation terrestre au sein de la division;

e. faire office de poste de commandement de rechange du bataillon médical, au besoin.

27. **Pelotons d'ambulances**. Les pelotons d'ambulances sont normalement attribués à raison de deux par brigade. L'un des postes de commandement de peloton est chargé de coordonner l'évacuation des patients au sein de la zone de la brigade.

## COMPAGNIE D'ADMINISTRATION

28. **Rôle**. Le rôle de la compagnie d'administration est de fournir un soutien logistique intégré au bataillon médical.

29. **Organisation**. La compagnie d'administration comprend un poste de commandement, un peloton des services et un peloton de maintenance.

30. **Tâches**. Ses tâches comprennent entre autres :

a. fournir des services d'approvisionnement intégrés;

b. fournir des services d'alimentation aux patients et au personnel du bataillon médical;

c. assurer la maintenance et la récupération intégrées.

## SECTION 4
## SERVICES DE SANTÉ OPÉRATIONNELS

### GÉNÉRALITÉS

31. Les unités de l'ESN/du Groupe médical du Canada (GMC) assurent le soutien opérationnel de la division ou du groupe-brigade mécanisé du Canada (GBMC). Ce soutien comprend l'évacuation des patients à partir des postes sanitaires de la division/brigade, des soins de réanimation, des traitements médicaux et chirurgicaux limités et l'hospitalisation. Le soutien qui excède la capacité des services de santé canadiens est assuré par l'entremise des forces alliées (peut-être un Commandement médical de corps d'armée (COMCA)) ou des ressources du pays hôte; le soutien opérationnel assuré par des ressources étrangères est décrit en détail dans la PFC(J)5(4) – 17, *Health Service Support for the Canadian Forces Joint and Combined Operations*.

### RÔLE

32. Le rôle de l'ESN/du GMC est d'assurer des services de santé de niveau opérationnel à une division canadienne ou à un GBMC au sein d'un corps d'armée de coalition.

### AFFECTATION DES RESSOURCES

33. L'ESN/les GMC sont attribués à raison d'un par division canadienne ou GBMC.

## ORGANISATION

34. La composition d'un ESN/GMC peut varier suivant la taille et la mission opérationnelle de la division ou du GBMC dont il assure le soutien. Les grandes lignes de l'organisation type sont décrites dans le CCI.

## TÂCHES

35. L'ESN/le GMC a notamment les tâches suivantes :

a. évacuer les patients des PSB et des PSD jusqu'à une installation appropriée au niveau opérationnel au moyen des ambulances terrestres et aériennes;

b. fournir des services d'hospitalisation y compris des traitements chirurgicaux et médicaux aux victimes de blessures ou de maladies graves afin de les préparer à une nouvelle évacuation;

c. garder les personnes qui sont moins gravement blessées ou malades jusqu'à ce qu'elles puissent reprendre le service;

d. fournir des services de médecine de l'environnement et de médecine préventive;

e. gérer le matériel médical, y compris l'acquisition, l'entreposage, la distribution et l'élimination des fournitures et de l'équipement médicaux;

f. stocker et distribuer des réserves de sang entier;

g. réparer les lunettes de protection;

h. assurer la maintenance et la réparation de l'équipement médical;

i. fournir un soutien spécialisé médical/clinique;

j. assurer la régulation de l'évacuation sanitaire;

k. donner l'instruction au personnel médical et paramédical;

l. compiler et diffuser les documents ainsi que les comptes rendus et rapports médicaux.

## CARACTÉRISTIQUES

36. L'ESN/le GMC est autonome sur le plan administratif, tout comme bon nombre de ses sous-unités. Il possède une capacité intégré pour les soins chirurgicaux, médicaux et infirmiers. Il possède également des ressources intégrées d'évacuation terrestre sanitaire. Habituellement, au moins un escadron d'ambulances aériennes lui est attaché.

## QUARTIER GÉNÉRAL DU GMC

37. **Rôle**. Le rôle du quartier général de l'ESN/du GMC est de commander, de contrôler et de superviser toutes les unités médicales affectées au groupe médical.

38. **Organisation**. Le quartier général du groupe est mobile et autonome sur le plan administratif. Il comprend un élément de commandement, des cellules opérationnelles et administratives et une troupe des transmissions.

39. **Tâches**. Les tâches qui découlent du rôle du quartier général sont les suivantes :

a. conseiller le commandant national et l'état-major de l'élément de commandement national sur les questions touchant l'emploi et les capacités du groupe médical;

b. mettre en application le plan médical national;

c. exécuter des fonctions de régulation de l'évacuation sanitaire vers des installations de traitement médical dans la zone du corps d'armée;

d. planifier l'acquisition, l'entreposage, la maintenance et la distribution de l'équipement et des fournitures médicaux ainsi que la production des documents connexes;

e. planifier et coordonner l'instruction médicale au sein du groupe médical.

## HÔPITAUX DE CAMPAGNE

40. **Rôle**. Le rôle des hôpitaux de campagne est de fournir une installation principale de soins chirurgicaux/médicaux pour toutes les catégories de patients au sein de la division canadienne.

41. **Affectation des ressources**. Les hôpitaux de campagne sont attribués à raison d'un par brigade.

42. **Organisation**. L'hôpital de campagne comprend un quartier général, une compagnie de services chirurgicaux, une compagnie-hôpital avancée, une compagnie de services de consultation, une compagnie de services cliniques, une compagnie de garde des patients et une compagnie de soutien.

43. **Tâches**. Les tâches qui découlent du rôle de l'hôpital de campagne sont les suivantes :

a. prodiguer des soins de réanimation et des soins chirurgicaux initiaux;

b. donner des soins chirurgicaux et médicaux aux patients hospitalisés pour de courtes périodes;

c. préparer les patients à une nouvelle évacuation;

d. diagnostiquer l'état des personnes durement touchées par la réaction au stress de combat qui proviennent des unités locales ou qui sont évacuées de la zone avant et leur donner des soins;

e. assurer le soutien sanitaire de première ligne aux unités locales qui ne disposent pas de leur propre établissement sanitaire intégré.

44. Les sous-unités doivent accomplir les tâches ci-dessous :

a. **Élément de commandement d'unité**. L'élément de commandement assure le contrôle de l'unité ainsi que l'administration du personnel; il s'occupe également de l'admission et des congés.

b. **Services chirurgicaux**. Cet élément possède les ressources nécessaires pour absorber une charge de travail considérable en matière de chirurgie. Ses fonctions comprennent :

(1) le traitement médical d'urgence et l'accueil,

(2) les soins préopératoires,

(3) les équipes chirurgicales et le personnel des salles d'opération,

(4) les soins postopératoires,

(5) un service de stérilisation central.

c. **Compagnie-hôpital avancée**. La compagnie-hôpital avancée de 50 lits de l'hôpital de campagne est un élément entièrement mobile nécessaire au soutien d'une formation de manoeuvre. Elle comprend les services chirurgicaux de base, des services cliniques, 10 lits de soins intensifs, 20 lits de soins intermédiaires et 20 lits de soins légers ainsi que les services logistiques de soutien lui permettant de fonctionner en autonomie jusqu'à concurrence de 72 heures. La compagnie-hôpital avancée peut être appelée à remplir les tâches suivantes :

(1) constituer, en tant qu'élément, un hôpital avancé pendant la progression de la

division, avant le redéploiement de l'hôpital de campagne au complet;

(2) fournir en tant qu'élément des soins de troisième ligne pour des tâches spécialisées telles que le soutien d'un groupe-brigade autonome ou de l'enclos de prisonniers de guerre (PG);

(3) détacher du personnel, des véhicules et de l'équipement pour constituer un CCA en appui à un PSD ou à un PSB quand la situation tactique exige que des chirurgies soient effectuées dans les zones avancées.

d. **Services de consultation**. Ces services constituent le fondement des fonctions spécialisées, y compris les principaux services cliniques de chirurgie générale, de chirurgie orthopédique, de chirurgie buccale, de médecine interne et de psychiatrie.

e. **Services cliniques**. Ces services regroupent les laboratoires, la radiologie, la pharmacie et les salles d'examen médical (SEM). La SEM joue le rôle de poste sanitaire d'unité, y compris les services de médecine préventive, et constitue le fondement des cliniques de soins spécialisés et de la salle des opérations chirurgicales mineures.

f. **Garde des patients**. Cet élément fournit des soins infirmiers et est en mesure de garder les patients hospitalisés qui ont besoin de soins intensifs, intermédiaires ou légers.

g. **Compagnie d'administration**. Cette compagnie fournit un soutien administratif et logistique général à l'hôpital. Les tâches des sous-unités comprennent les services alimentaires, l'approvisionnement, le transport et la maintenance de première ligne. Les tâches relatives à la buanderie, aux bains, à la décontamination des patients, à l'approvisionnement en eau et à la livraison de carburant en vrac peuvent

relever de cette compagnie si elles ne sont pas exécutées par des éléments extérieurs.

45. **Caractéristiques**. L'hôpital de campagne est une unité de 400 lits qui est mobile et autonome sur le plan administratif; il possède les véhicules nécessaires pour transporter tout le personnel de l'unité et 50 pour cent de l'équipement d'un seul coup. L'unité peut s'adapter à la mission et est organisée sur une base modulaire fonctionnelle de sorte qu'elle peut être déployée en fonction des besoins particuliers de la force appuyée. Les hôpitaux de campagne peuvent fonctionner de façon autonome ou être groupés avec des éléments de soutien sanitaire appropriés pour former un centre médical de corps d'armée si la situation opérationnelle l'exige. L'hôpital de campagne n'est pas un hôpital multidisciplinaire. Néanmoins, certains patients peuvent y recevoir des soins complets et retourner à leur poste suivant la politique d'évacuation de la zone de combat (ZC). Outre les restrictions imposées par la politique d'évacuation en vigueur, l'unité ne possède pas une gamme complète de services de diagnostique et de traitement. On peut cependant élargir la portée et les capacités de l'hôpital en lui attachant des équipes de spécialistes, des éléments de diagnostic et des unités de garde des patients. L'hôpital ne possède pas d'ambulances organiques.

## COMPAGNIE DE SOUTIEN MÉDICAL

46. **Rôle**. Le rôle de la compagnie de soutien médical est de fournir à la division un soutien médical général relatif aux fournitures médicales, aux ambulances, à la gestion du stress, à la décontamination des patients et à la médecine préventive.

47. **Affectation des ressources**. La compagnie de soutien médical est attribuée à raison d'une par division et elle est affectée au GMC.

48. **Organisation**. La compagnie comprend un poste de commandement, un dépôt d'équipement médical en campagne, un peloton d'ambulances, une cellule d'évacuation sanitaire aérienne (ESA) avancée, un peloton de décontamination, une équipe de gestion du stress, un peloton de médecine préventive et une équipe nationale de liaison sanitaire.

49. **Tâches**. La compagnie de soutien médical a notamment les tâches suivantes :

a. assurer l'approvisionnement en fournitures et équipement médicaux, réparer l'équipement médical et en assurer la maintenance, réparer l'équipement optique et assurer un soutien en la matière aux unités et aux installations médicales dans la ZC;

b. assurer l'évacuation terrestre vers les installations du niveau opérationnel;

c. coordonner l'évacuation aérienne;

d. assurer la gestion du sang entier pour les installations de traitement de la division;

e. offrir des services de décontamination aux patients avant qu'ils ne soient admis dans les installations médicales du GMC;

f. conseiller le commandant national et le médecin-chef du groupe en ce qui concerne l'étude, l'évaluation et le contrôle des facteurs environnementaux et des autres facteurs qui influent sur la santé et le bien-être du personnel de la division.

## SECTION 5
## SERVICES DE SANTÉ AU NIVEAU STRATÉGIQUE

### GÉNÉRALITÉS

50. Habituellement, les services de santé canadiens au niveau stratégique sont offerts au Canada et non sur le théâtre des opérations. C'est pourquoi les pertes au combat évacuées du théâtre des opérations sont bien plus nombreuses que durant les conflits antérieurs. Cependant, durant des opérations alliées ou des opérations d'une force de coalition, il se peut que les services de santé au niveau stratégique soient assurés par les forces alliées ou la nation hôte/predominante dans des installations militaires ou civiles.

## RÔLE

51. Le rôle des ressources des services de santé au niveau stratégique est de fournir des soins médicaux multidisciplinaires, des installations de convalescence, du matériel médical et des services d'évacuation.

## TYPES D'INSTALLATIONS AU NIVEAU STRATÉGIQUE

52. Comme on l'a déjà dit, le nombre et le type d'installations stratégiques peuvent varier; cependant, elles fournissent habituellement les services ci-dessous :

a. **Hôpitaux généraux**. Ces gros hôpitaux servent à donner des soins médicaux multidisciplinaires, notamment des opérations chirurgicales spécialisées comportant des techniques de réparation et de reconstruction.

b. **Centres de convalescence**. Le rôle d'un centre de convalescence est de permettre aux patients de se rétablir physiquement avant de reprendre le service. Le personnel doit évaluer les patients, donner des soins ambulatoires, effectuer des examens physiques, faire faire des exercices, évaluer les tests de tolérance et formuler des recommandations quant au changement de catégorie d'état physique.

c. **Ressources d'évacuation sanitaire aérienne**. On utilise des moyens de transport aérien stratégiques pour déplacer les patients du théâtre d'opérations vers le Canada ou d'autres emplacements désignés.

# CHAPITRE 6
# COMMANDEMENT ET CONTRÔLE DES RESSOURCES DE SERVICES DE SANTÉ

## SECTION 1
## STRUCTURE DE COMMANDEMENT

### GÉNÉRALITÉS

1. Le commandant d'une zone d'opérations exerce un contrôle général sur les forces interalliées se trouvant dans la zone, y compris sur les services de santé interalliés. Le commandant d'une force opérationnelle comme celle qui peut être déployée dans une situation de maintien de la paix a des pouvoirs semblables.

2. Les pouvoirs de commandement sont délégués du commandant supérieur aux commandants des unités en passant par les commandants des formations subordonnées. Les unités sanitaires qui font partie de l'ordre de bataille d'une formation relèvent du commandant fonctionnel du Service de santé. De même, l'élément médical d'une unité relève du commandement du médecin militaire de l'unité qui doit rendre compte à son commandant d'unité.

3. Les rapports de commandement sont décrits dans la B-GL-300-000/FP-000, *L'Armée de terre du Canada*, et s'appliquent tout autant au commandement des ressources des services de santé.

### ÉTAT-MAJOR DU COMMANDANT DE LA FORMATION

4. À tous les niveaux, l'état-major a pour tâche principale d'aider le commandant dans l'exercice de ses fonctions de commandement; de plus il doit sans cesse s'efforcer de soutenir les commandants subordonnés, leurs états-majors et les troupes de la formation. L'état-major agit uniquement avec l'autorisation du commandant.

5. Au niveau de chaque formation, le chef d'état-major adjoint (CEMA) ou le G4 (dans le cas des formations subalternes) est responsable de la coordination des activités de l'état-major administratif et des unités/formations de soutien logistique du combat

(SLC), au nom du commandant. Le CEMA est le conseiller du commandant pour toutes les questions administratives et il est chargé de mettre en application les politiques du commandant. Dans le cas des questions d'ordre médical, le personnel médical fait partie de la branche du G4 au sein du quartier général d'une division et d'un corps d'armée. Ce personnel est responsable de l'efficacité technique du Service de santé de la formation et il est autorisé à diffuser des instructions techniques au sujet des questions médicales fonctionnelles.

## SECTION 2
## COMMANDEMENT ET ÉTAT-MAJOR DU SERVICE DE SANTÉ

### COMMANDANTS DU SERVICE DE SANTÉ

6. Le commandant des unités sanitaires de chaque formation est l'officier supérieur du Service de santé, et à ce titre, il est le principal conseiller médical du commandant de la formation en ce qui concerne l'utilisation et les capacités des unités ainsi que d'autres questions d'ordre médical.

7. Le commandant du Service de santé relève directement du commandant de la formation et il est responsable du soutien sanitaire au sein de la formation.

8. Le commandant du Service de santé coordonne les besoins en matière de soutien réciproque et détermine les besoins en soutien sanitaire au sein de la formation. Les questions d'ordre professionnel sont coordonnées directement avec les commandants du Service de santé des formations subordonnées et des formations de flanc ainsi qu'avec les officiers d'état-major du Service de santé du quartier général de la formation.

### ÉTAT-MAJOR DU SERVICE DE SANTÉ DU COMMANDANT DE LA FORMATION

9. Comme on l'a déjà indiqué dans le présent chapitre, les officiers d'état-major du Service de santé font partie du bureau G4 du quartier général de chaque formation jusqu'au niveau de la division

inclusivement. Ils sont responsables des tâches particulières suivantes :

a. collaborer à l'élaboration de la politique concernant les points ci-dessous et assurer la planification, la coordination et le contrôle à cet égard :

(1) évacuation et gestion des patients;

(2) services auxiliaires comme les laboratoires, la banque de sang et les services d'opticiens;

(3) médecine préventive;

(4) fourniture du matériel médical;

(5) activités du Service de santé en appui aux ententes civilo-militaires (COCIM);

(6) soutien sanitaire aux autres services armés;

b. déterminer les besoins en ressources médicales et formuler des recommandations sur leur utilisation;

c. coordonner les comptes rendus, rapports et autres documents du Service de santé.

10. Après avoir consulté le commandant supérieur du Service de santé, l'état-major du Service de santé doit également préparer le plan du Service de santé que le CEMA doit diffuser.

11. L'officier supérieur d'état-major du Service de santé fait partie de l'état-major spécial du commandant de la formation et a, par conséquent, directement accès à ce dernier pour lui prodiguer des conseils professionnels et techniques.

12. Il est évident qu'il y a des risques de conflit entre l'état-major du Service de santé et le commandant fonctionnel du Service de santé. On peut les réduire au minimum grâce à la coordination, au tact et à la compréhension du rôle de l'autre.

## CONSULTANTS SPÉCIALISÉS

13. On peut nommer des consultants de divers services et de diverses spécialités quand des facteurs opérationnels et environnementaux le justifient.

14. Ces services ou spécialités peuvent comprendre la chirurgie, la radiologie, la médecine interne, l'urologie, la psychiatrie, l'entomologie, l'épidémiologie, la médecine environnementale, la médecine nucléaire, la médecine préventive, les soins infirmiers, la pharmacie, les laboratoires, la diététique et l'optométrie.

15. Les consultants font des recommandations qui facilitent l'établissement de politiques sur la gestion des patients pour la formation; supervisent la qualité du rendement clinique et le respect des politiques établies; recommandent des enquêtes cliniques pour résoudre les problèmes liés aux soins médicaux à donner aux personnes gravement malades; facilitent la prise de décisions en matière de gestion du personnel qui s'appliquent aux spécialistes cliniques; et diffusent des informations professionnelles et techniques.

16. Les spécialistes des unités médicales ou des quartiers généraux subalternes peuvent également agir comme consultants dans leur domaine en plus de s'acquitter de leurs tâches principales.

## MÉDECIN-CHEF DU GROUPE-BRIGADE

17. Le commandant d'une ambulance de campagne de groupe-brigade est également le médecin-chef du groupe-brigade; il n'y a pas de distinction entre ses fonctions hiérarchiques et consultatives. Les responsabilités combinées du médecin-chef du groupe-brigade sont essentiellement les mêmes que celles des commandants du Service de santé des niveaux supérieurs, mais leur envergure et leur complexité sont proportionnelles au niveau de la formation.

18. Le médecin-chef du groupe-brigade a les responsabilités supplémentaires suivantes :

a. s'assurer qu'on maintient dans la formation des normes et un niveau adéquats d'instruction en premiers soins;

b. superviser les aspects professionnels du travail des médecins militaires des unités de la formation;

c. encourager les commandants d'unité à faire en sorte que les recommandations professionnelles des médecins militaires des unités soient appuyées;

d. attirer l'attention des commandants d'unité sur toute situation insatisfaisante d'ordre médical et sur les mesures correctives nécessaires.

19. Afin de s'acquitter de ses responsabilités, le médecin-chef du groupe-brigade doit répartir son temps entre plusieurs endroits. Ses responsabilités sont concentrées dans les domaines suivants :

a. **Quartier général (QG) du groupe-brigade** :

(1) recevoir les ordres du commandant du groupe-brigade;

(2) maintenir un contact étroit avec l'état-major et suivre le déroulement des opérations afin de planifier et de contrôler le soutien sanitaire au sein de la formation;

(3) conseiller le commandant.

b. **Ambulance de campagne**. Agir comme commandant de l'unité.

20. Dans la structure divisionnaire, le commandant d'une compagnie médicale de soutien ne fait pas partie de l'état-major du commandant de la brigade, et par conséquent, ne porte pas le titre de médecin-chef. Cependant, le commandant de la compagnie médicale effectue de la planification sanitaire et donne des conseils d'ordre médical au commandant de la brigade, au nom du médecin-chef de la division.

## MÉDECINS MILITAIRES D'UNITÉ

21. Les médecins militaires des unités dirigent les éléments médicaux des grandes unités. Leurs responsabilités comprennent notamment :

a. exercer un contrôle opérationnel sur l'élément médical;

b. prodiguer des soins médicaux dans la mesure de leurs compétences et des ressources disponibles;

c. superviser le regroupement, le traitement, le tri et l'évacuation des patients;

d. préparer le plan du Service de santé afin de soutenir les opérations de l'unité;

e. conseiller le commandant de l'unité sur les questions d'ordre médical, la situation sur le plan médical et les capacités de l'élément médical;

f. donner de l'instruction dans le domaine médical;

g. superviser l'instruction en matière de premiers soins;

h. recommander des mesures afin de prévenir les pertes dues aux maladies ou aux blessures;

i. effectuer des examens physiques annuels ou autres afin de s'assurer que l'on attribue la catégorie médicale appropriée aux membres de l'unité;

j. s'assurer que le personnel de l'unité a reçu tous les vaccins;

k. tenir les dossiers médicaux;

l. contrôler les fournitures et l'équipement médicaux.

22. Il est essentiel que les médecins militaires des unités s'assurent que l'unité sanitaire de soutien de deuxième ligne est

informée de l'emplacement des postes sanitaires d'unité et de la situation locale sur le plan médical.

23. Les médecins militaires d'unité doivent comprendre leur rapport avec le commandant et avec le médecin-chef de la brigade. Ils doivent rendre compte à leur commandant de toutes les fonctions décrites dans la présente section; cependant, ils sont aussi responsables devant le médecin-chef de la brigade des aspects professionnels de ces mêmes fonctions.

## SECTION 3
## COORDINATION DE L'ÉTAT-MAJOR

### COORDINATION AVEC L'ÉTAT-MAJOR GÉNÉRAL

24. La coordination du Service de santé avec l'état-major général comprend ce qui suit :

a. **G1 — Personnel**. Même si le Service de santé des Forces canadiennes (SSFC) travaille en étroite collaboration avec tous les bureaux de l'état-major général, c'est principalement avec l'état-major G1 d'un QG qu'il effectue la coordination, la liaison et la collaboration. Les aspects du soutien sanitaire qui touchent particulièrement l'état-major G1 sont les suivants :

(1) la coordination de l'évacuation et de l'hospitalisation des malades et des blessés;

(2) l'évacuation et l'hospitalisation des prisonniers de guerre;

(3) les problèmes médicaux associés au contrôle des isolés;

(4) les comptes rendus et les rapports sur les pertes;

(5) l'attribution d'effectifs militaires aux unités sanitaires;

(6) le remplacement du personnel des unités sanitaires;

(7) la coordination des services relatifs au bien-être et aux agréments vers les installations médicales;

(8) la solde, le service postal, l'aumônerie et les services juridiques pour les installations médicales;

(9) l'emploi des prisonniers de guerre et des personnes en détention pour augmenter le personnel du Service de santé;

(10) l'administration des aspects du code de discipline militaire qui concernent les patients et le personnel des unités sanitaires;

(11) les inhumations et l'enregistrement des tombes;

(12) l'avertissement du plus proche parent.

b. **G2 — Renseignement**. La tâche principale de l'état-major G2 est de découvrir en temps opportun les emplacements, les activités, les capacités et les intentions de l'ennemi. Les aspects du Service de santé qui concernent particulièrement l'état-major G2 comprennent notamment :

(1) le matériel médical et les provisions pris à l'ennemi;

(2) les appréciations et les résumés renseignement du Service de santé;

(3) l'analyse d'un point de vue médical de l'information qui est recueillie et qui peut avoir de l'importance sur le plan du renseignement;

(4) l'interrogation des prisonniers de guerre qui sont blessés ou malades;

(5) les répercussions des informations météorologiques sur le Service de santé;

(6) les aspects médicaux des opérations psychologiques.

c. **G3 — Opérations**. Le G3 est le bureau d'état-major prédominant. Son rôle est d'aider le commandant à planifier et à exécuter les opérations. Les aspects du Service de santé qui concernent particulièrement l'état-major G3 sont les suivants :

(1) les aspects médicaux des appréciations d'état-major de la situation opérationnelle;

(2) les appréciations des pertes;

(3) la planification, la coordination et le contrôle des mouvements;

(4) les ordres et les instructions d'opération;

(5) la politique sur la dissimulation des installations médicales;

(6) les aspects médicaux des mesures nucléaires, biologiques et chimiques (NBC);

(7) l'information sur les opérations en cours et les opérations prévues;

(8) l'ordre de bataille de la force amie, les tableaux d'état-major et l'information sur la capacité opérationnelle;

(9) le contrôle des approvisionnements et de l'équipement critiques;

(10) les priorités de l'attribution du personnel;

(11) l'instruction du personnel;

(12) les effets relatifs à l'équipement et aux approvisionnements;

(13) les communications;

(14) l'utilisation de l'espace aérien;

(15) l'attribution des aéronefs supplémentaires;

(16) les services du génie, les gardiens des prisonniers de guerre blessés ou malades;

(17) le contrôle du terrain et le mouvement.

d. **G4 — Logistique**. L'état-major G4 s'occupe des besoins en soutien des formations, des unités et des sous-unités. Les aspects du Service de santé qui concernent particulièrement l'état-major G4 sont les suivants :

(1) le mouvement, l'entreposage, la distribution, la maintenance et l'élimination du matériel, à l'exception du matériel médical;

(2) le logement;

(3) les divers services y compris la construction, la maintenance, les services publics, l'approvisionnement en eau potable, la réparation et la récupération, le transport et la poste;

(4) les aspects médicaux de la préparation des appréciations et des ordres et instructions d'administration;

(5) le mouvement des unités et des installations médicales;

(6) les services de décontamination complets;

(7) le retour des anciens patients à leur unité d'appartenance ou à des unités de rassemblement des remplaçants, conjointement avec le G1.

e. **G5 — Coopération civilo-militaire (COCIM)**. L'état-major G5 s'occupe de l'élaboration et de la mise en application des politiques relatives aux autorités nationales et à la population civile. Les aspects du Service de santé qui touchent particulièrement l'état-major G5 sont les suivants :

(1) la participation du Service de santé aux programmes de la COCIM;

(2) l'utilisation des installations médicales civiles pour le personnel militaire;

(3) le traitement, l'évacuation et l'hospitalisation des civils dans la zone des opérations;

(4) la disponibilité de la main-d'oeuvre civile.

f. **G6 — Systèmes de communication et d'information**. Les aspects du Service de santé qui concernent particulièrement l'état-major G6 sont les suivants :

(1) la sécurité;

(2) les communications;

(3) la guerre électronique.

## COORDINATION AU NIVEAU DE LA BRIGADE

25. **Généralités**. Une proportion considérable d'une unité médicale peut se déployer dans une zone contrôlée par d'autres. P. ex., dans un groupe-brigade, le bataillon des services contrôle la zone de soutien de la brigade (ZSB). Ainsi, les éléments médicaux qui sont déployés dans de telles circonstances sont placés en sous-ordre du bataillon des services pour la défense, la sécurité dans la zone arrière et le mouvement.

26. **Déploiement à l'avant des éléments sanitaires**. L'évacuation des blessés et des malades des groupes-brigades avant nécessite le mouvement de véhicules et le déploiement de ressources médicales dans les zones avant de la brigade. Comme ces activités ne peuvent être effectuées en autonomie, la coordination avec d'autres unités est essentielle.

27. **Attribution du terrain et des itinéraires**. L'attribution du terrain et des itinéraires est une prérogative opérationnelle qui est exercée conformément aux priorités du commandant. Par conséquent, les unités et les formations sanitaires doivent être prêtes à faire face à une gamme variée de besoins opérationnels incompatibles. Heureusement, les éléments médicaux occupent des zones relativement restreintes et les différends sont habituellement réglés rapidement. Il incombe cependant au commandant et aux états-majors du Service de santé de s'assurer que les planificateurs opérationnels sont conscients des besoins du Service de santé en matière de terrain et d'itinéraires et qu'ils en tiennent compte avant de diffuser les plans. De fréquents contacts personnels constituent la meilleure façon de faire.

# CHAPITRE 7
# ÉVACUATION DES PATIENTS

## SECTION 1
## ÉLÉMENTS DE LA CHAÎNE D'ÉVACUATION DES PATIENTS

### GÉNÉRALITÉS

1. L'évacuation des patients signifie le déplacement opportun et efficace des malades et des blessés du champ de bataille et d'autres emplacements jusqu'à des installations de soins médicaux ou entre de telles installations, au besoin.

2. À partir de l'endroit où il a été blessé ou est tombé malade, le patient est évacué vers l'arrière jusqu'à une installation médicale capable de lui offrir les soins dont il a besoin, ou suivant les impératifs de la situation militaire.

### PROBLÈMES SUSCITÉS PAR L'ÉVACUATION DES PATIENTS

3. L'évacuation des patients est l'une des tâches les plus délicates et les plus importantes des services de santé. Parmi les problèmes rencontrés, notons ceux-ci :

a. l'évacuation a une incidence négative sur l'état du patient;

b. il faut souvent composer avec des délais critiques;

c. les patients doivent être repérés et recueillis un à un; il faut leur fournir des vêtements, de la nourriture, un abri et les transporter (souvent en les portant), s'assurer de leur confort, les protéger de l'ennemi et les traiter;

d. les ressources sanitaires, y compris les moyens d'évacuation, sont attribuées en fonction de normes

de rendement maximales, mais elles sont souvent aux prises avec des surcharges de travail;

e. il est parfois impossible d'évacuer les patients pendant des périodes plus ou moins longues à cause de l'ennemi, des conditions météorologiques ou de barrages routiers;

f. l'évacuation se fait dans le sens inverse de la marche des ressources de combat et il faut donc nuire le moins possible à l'avance des troupes;

g. il faut échanger des fournitures, particulièrement des civières, des attelles et des couvertures;

h. une évacuation efficace exige beaucoup de personnel et de ressources.

## PRINCIPES ÉLÉMENTAIRES DE L'ÉVACUATION DES PATIENTS

4. L'application des principes élémentaires suivants permet d'atténuer l'incidence néfaste de l'évacuation sur les patients :

a. **Déplacements réduits au strict minimum**. Les déplacements fréquents aggravent l'état de choc, nuisent à l'état général du patient et doivent être réduits au strict minimum. Il faut éviter les embarquement et les débarquements inutiles.

b. **Déplacements par étapes**. L'état du patient se détériore rapidement en raison du stress causé par un long voyage suivant des itinéraires d'évacuation terrestre accidentés. L'utilisation des déplacements par étapes permet de contrôler partiellement la détérioration de l'état de santé des patients. Au cours d'une longue évacuation, le patient est admis temporairement, à intervalles périodiques, dans une installation médicale où il reçoit des soins provisoires, se repose et est rassuré sur son état. Ces relais sont établis non pas en fonction de la distance

qui les sépare, mais du temps qu'il faut pour se rendre de l'un à l'autre. L'intervalle entre deux relais devrait être de deux heures et ne pas excéder quatre heures.

c. **Promptitude**. Afin de maintenir les taux de morbidité et de mortalité au minimum, les patients doivent recevoir des soins adéquats le plus rapidement possible. Pour que l'évacuation soit rapide, il faut choisir un moyen de transport rapide, l'itinéraire le plus court et éviter les retards inutiles au cours de l'évacuation.

## CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

5. L'évacuation et le traitement sont interdépendants et il faut toujours les considérer conjointement durant la planification et l'exécution des tâches de soutien sanitaire.

6. Les patients doivent être évacués vers l'arrière jusqu'à la première installation médicale capable d'offrir les soins exigés par leur état de santé ou suivant les impératifs de la situation militaire. Chaque fois qu'un cas est évacué sans raison valable, on impose un fardeau inutile :

a. à l'unité du soldat, qui doit poursuivre sa mission avec un soldat en moins jusqu'à ce que ce dernier reprenne son poste ou soit remplacé;

b. à la chaîne de remplacement du personnel, qui doit trouver, équiper, entraîner et transporter des remplaçants;

c. au Service de santé qui doit prévoir des couchettes supplémentaires dans les véhicules d'évacuation et des lits supplémentaires dans les installations médicales, en plus de fournir un surplus de personnel médical formé pour prendre soin de ces patients.

7. En règle générale, la responsabilité de l'évacuation s'exerce de l'arrière vers l'avant, c.-à-d. que les unités de soutien libèrent les unités/installations avancées de leurs patients et devraient s'assurer que les moyens d'évacuation se trouvent à l'extrémité avant de l'itinéraire d'évacuation, prêts à être utilisés immédiatement.

## CONTRÔLE

8. Afin de faciliter la planification et de promouvoir l'efficacité et l'efficience, on confie la responsabilité du contrôle de l'évacuation au niveau le plus élevé possible. L'évacuation est contrôlée par le commandant principal du Service de santé, par l'entremise des commandants des unités d'évacuation sanitaire.

9. Habituellement, l'évacuation est exécutée par le soutien sanitaire du niveau immédiatement supérieur, mais il y a des exceptions. Ainsi, le quartier général (QG) de l'élément du Service de santé qui contrôle les installations médicales de destination contrôle également la répartition des patients évacués et les moyens d'évacuation vers les installations médicales.

10. La coordination revêt une importance capitale dans l'évacuation. Cette responsabilité est confiée au commandant du Service de santé de la formation, conjointement avec les membres de l'état-major du Service de santé et de l'état-major général de la formation et les unités sanitaires subordonnées.

## POLITIQUE D'ÉVACUATION

11. L'évacuation et le traitement sont également fortement tributaires de la politique d'évacuation en vigueur. Cette dernière établit le nombre maximal de jours pendant lesquels les patients peuvent demeurer à chaque niveau du soutien sanitaire.

## ADMINISTRATION

12. Dès que possible dans le processus d'évacuation, de préférence au niveau de l'unité, on devrait désarmer le patient et disposer de ses armes et de son équipement conformément aux ordres

permanents. De plus, on doit vérifier et consigner tous les autres articles en sa possession. Il faut prendre soin des effets personnels des patients de manière à ce que rien ne soit perdu.

13. Tout au long de l'évacuation, les unités sanitaires de campagne doivent fournir nourriture et vêtements aux patients, assurer leur bien-être général et faire respecter la discipline.

## CHOIX DU MODE DE TRANSPORT

14. La situation opérationnelle, le type de terrain, le réseau routier, la présence de chemins de fer et l'utilisation de l'espace aérien sont des facteurs importants qui régissent le choix du moyen de transport pour le déplacement des patients. Les patients doivent toujours être transportés par le moyen disponible le plus sûr, le plus confortable et le plus efficace. La rapidité de l'évacuation est souvent le facteur prépondérant. Dans la zone immédiate des combats, on porte les patients ou on les transporte sur des civières. Dès que la situation tactique le permet, on les transporte à bord de véhicules à roues ou d'aéronefs. S'il n'y a pas assez d'ambulances, on peut réquisitionner des véhicules qui retournent vers l'arrière.

15. Sur le théâtre des opérations, l'aéronef est le moyen de transport privilégié pour l'évacuation des patients. On doit utiliser ce moyen dans toute la mesure du possible.

## COMMUNICATIONS

16. Il faut établir un système de communications efficace pour contrôler l'évacuation puisqu'il se peut qu'au gré des opérations, tout le plan d'évacuation soit modifié plusieurs fois au cours d'une même journée. Comme la modification des plans risque de se répercuter sur des centaines de patients, il est essentiel qu'elle soit faite rapidement et de façon harmonieuse. Pour ce faire, de même que pour la poursuite des évacuations courantes, il faut de bonnes communications.

17. Les unités d'évacuation doivent pouvoir communiquer avec leurs sous-unités et avec les unités/installations qu'elles soutiennent. Elles devraient également être en mesure de communiquer avec le QG de la formation/force, et idéalement, avec chaque ambulance.

## SECTION 2
## ÉVACUATION TERRESTRE

### GÉNÉRALITÉS

18. Il a été clairement établi que l'évacuation aérienne était le moyen de transport privilégié pour les patients. Cependant, comme divers facteurs peuvent paralyser l'évacuation sanitaire aérienne, on doit pouvoir compter en tout temps sur une chaîne d'évacuation terrestre.

19. En raison de la situation tactique, il faut souvent faire un compromis entre l'évacuation aérienne et l'évacuation terrestre, ou combiner les deux. Comme les mouvements aériens en zone avant peuvent être dangereux, il faut limiter les déplacements aériens aux échelons arrière des unités de combat. La liaison entre l'endroit où se trouvent les blessés et les limites avant de la zone d'activités aériennes est donc assurée par des moyens de transport terrestre.

### CHOIX DES VÉHICULES

20. Le choix des véhicules d'évacuation terrestre est fondé sur les facteurs suivants :

a. **Mobilité et protection**. L'ambulance doit être aussi mobile que les véhicules de l'élément appuyé et être dotée du même blindage et de la même protection NBC.

b. **Sécurité**. L'ennemi ne devrait pas être capable de repérer les mouvements de l'ambulance dans les zones avant. Il s'agit d'un problème difficile à surmonter qui trouve sa solution, jusqu'à un certain point, dans le choix de véhicules dont la silhouette est basse.

c. **Économie**. Dans toute la mesure du possible, il faut choisir l'ambulance qui est capable de transporter le plus grand nombre de patients possible. Il est à noter à cet égard qu'il est facile de transformer les véhicules de transport de marchandises de modèle

militaire normalisé en véhicules de transport de patients ambulatoires, et en cas d'urgence ou de pertes massives, de patients alités également.

d. **Confort**. Une fois tous les autres critères satisfaits, il faut tenir compte du bien-être des patients dans le choix des véhicules.

## CHAÎNE D'ÉVACUATION

21. L'évacuation terrestre peut se faire entre :

a. l'endroit où le patient a été blessé et le poste sanitaire d'unité (PSU), à pied, en portant le blessé ou en le transportant sur une civière, à bord d'un véhicule opérationnel ou logistique de l'unité ou d'une ambulance de la section sanitaire;

b. le PSU et le poste sanitaire de brigade (PSB) à bord d'une ambulance de la compagnie d'ambulances;

c. le PSU et l'installation de relais, puis jusqu'au PSB si un déplacement par étapes est nécessaire;

d. les unités locales (qui n'ont pas de PSU) et le PSB à bord de véhicules de l'unité ou de véhicules de la compagnie d'ambulances;

e. le PSB et l'hôpital de campagne à bord d'ambulances fournies par le peloton d'ambulances du Groupe médical du Canada (GMC).

22. Si l'on peut gagner du temps ou réduire le nombre de déplacements du patient en omettant l'un des maillons de la chaîne d'évacuation terrestre, il faut le faire. P. ex., un patient est évacué directement d'une installation de relais, ou même d'un PSU, jusqu'à l'hôpital de campagne si c'est possible. La chaîne d'évacuation est souple et toutes les variations sont possibles, à condition que les principes de l'évacuation soient respectés. En préparant un bon plan, on détermine les lacunes et les dispositions qui doivent être prises pour compléter les ressources existantes. Sur un théâtre d'opérations

entièrement aménagé, on fournit des unités d'ambulances pour augmenter les ressources sanitaires de campagne des unités.

## CONTRÔLE

23. Les commandants du Service de santé de tous les niveaux sont responsables du contrôle de l'évacuation terrestre dans leurs zones d'influence. Le médecin militaire de l'unité contrôle l'évacuation entre l'endroit où le soldat a été blessé et le PSU. Le médecin-chef de la brigade contrôle l'évacuation entre le PSU et le PSB et le médecin-chef du Groupe contrôle l'évacuation entre le PSB et l'hôpital de campagne.

24. L'évacuation terrestre dans la zone avant est une activité qui intéresse surtout le bataillon médical ou l'ambulance de campagne. Les commandant de ces unités sont chargés d'amener les patients des PSU au PSB. Afin d'exercer un contrôle sur l'ensemble de cette activité, ils recueillent des renseignements sur le nombre de patients et les endroits où ils se trouvent et coordonnent l'utilisation des réseaux routiers et des ressources d'évacuation. Ils délèguent au commandant de leur compagnie d'ambulances respective la responsabilité du contrôle immédiat de l'évacuation dans leur zone d'influence. Les commandants des compagnies d'ambulances établissent leur poste de commandement bien à l'avant dans la zone de la brigade, sur l'itinéraire principal d'évacuation, et probablement près du point de jonction des itinéraires en provenance des groupements tactiques.

## ITINÉRAIRES DES AMBULANCES

25. Les considérations suivantes régissent le choix des itinéraires des ambulances :

a. la possibilité d'emprunter les itinéraires (l'autorisation doit être donnée par l'état-major de la formation);

b. les caractéristiques physiques telles que le revêtement, la largeur, la classe des routes et la possibilité de mouvements tous terrains;

c. la densité du trafic sur les itinéraires disponibles ou sur des portions de ces derniers;

d. la longueur du trajet relativement à d'autres itinéraires possibles;

e. la proximité d'accidents de terrain ou d'installations que l'ennemi pourrait prendre comme cibles ou d'intersections dont l'accès sera probablement interdit;

f. la protection générale contre l'observation et le tir de l'ennemi;

g. la couverture ou la dissimulation des ambulances quand elles se déplacent et quand elles sont garées.

26. Il faut choisir au moins un itinéraire de rechange.

## NAVETTE D'AMBULANCES

27. La mise en place d'une navette d'ambulances est un bon moyen d'offrir un service efficace d'évacuation terrestre dans les zones avant. Le service peut compter un ou plusieurs points de chargement des ambulances, un ou plusieurs postes de relais des ambulances, un certain nombre de postes de contrôle des ambulances et un poste de relais de base. Le service a pour rôle de répartir les ambulances en profondeur le long des itinéraires d'évacuation et d'éviter le regroupement des ambulances en un seul endroit. La navette d'ambulances est habituellement contrôlée et dotée en personnel par la compagnie d'ambulances de l'ambulance de campagne ou du bataillon médical.

28. **Point de chargement des ambulances (PChA)**. Point sur l'itinéraire de la navette (habituellement un PSU) où au moins une ambulance vide est prête à embarquer des patients pour les évacuer.

29. **Point de relais des ambulances (PRA)**. Point où une ou plusieurs ambulances attendent l'ordre d'avancer jusqu'à un autre PRA ou jusqu'à un PChA. Le premier PRA devrait être assez proche du PChA pour qu'une ambulance chargée puisse être remplacée sans

délai. Les PRA peuvent être combinés à des relais ou situés à d'autres points adéquats entre le PSU et le PSB.

30. **Point de transfert d'ambulances (PTA)**. Le PTA est un point où les patients peuvent être transférés d'un type d'ambulance à un autre. Le PTA est normalement établi par un PSU afin de transférer les patients d'un véhicule chenillé à un véhicule à roues. Le transfert a pour but de réduire au minimum les déplacements d'ambulances chenillées vers l'arrière.

31. **Poste de contrôle des ambulances (PCA)**. Point de jonction aux intersections de routes où l'itinéraire principal d'évacuation se sépare en deux ou plusieurs itinéraires que les véhicules peuvent emprunter pour poursuivre leur chemin. Le personnel du PCA oriente les ambulances de remplacement vers les zones avant le long de l'itinéraire approprié afin qu'un nombre adéquat d'ambulances se trouve dans chaque tronçon du service de navette. Cette fonction du PCA relève souvent du poste de commandement du peloton d'ambulances.

32. **Point de relais de base (PRB)**. Le PRB est situé tout à fait à l'arrière, où se trouve le gros des ambulances qui ne sont pas en mission. Le PRB est normalement co-implanté avec le poste de commandement de la compagnie d'ambulances.

33. La figure 7-1 illustre l'aménagement du service de navette d'ambulances. Des patients sont embarqués dans une ambulance à la limite avant de la navette, puis l'ambulance entame son retour vers l'arrière. Quand elle arrive au premier PRA, l'ambulance de tête qui se trouve à cet endroit se dirige immédiatement vers le PChA. Quand l'ambulance transportant des patients vers l'arrière arrive au deuxième PRA, l'ambulance de tête de ce deuxième point part en direction du premier PRA. Ce processus se répète chaque fois que l'ambulance transportant des patients arrive à un PRA, y compris le PRB, en poursuivant sa route vers l'arrière. Une fois les patients débarqués de l'ambulance (p. ex., au PSB), cette dernière retourne au PRB.

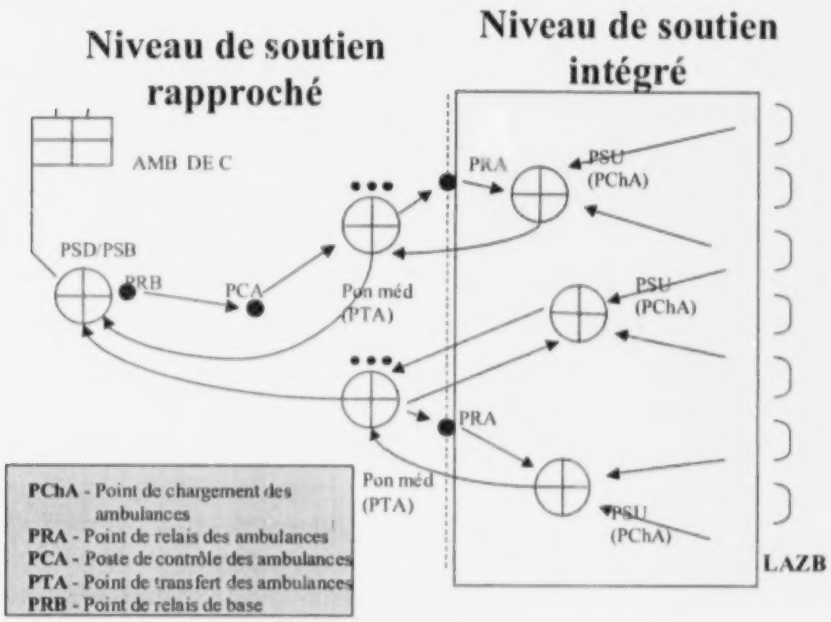


**Figure 7-1 : Système de navette d'ambulances**

## SECTION 3
## AUTRES MOYENS D'ÉVACUATION

34. La question de l'évacuation terrestre par ambulance a été traitée en détail. Il ne faudrait pas toutefois donner l'impression qu'il s'agit du seul moyen d'évacuation en campagne. En fait, tous les moyens sont bons pour transporter les patients, de façon courante ou en cas d'urgence. Ces moyens vont du téléphérique en montagne au radeau de billes de bois dans la jungle. Les seules restrictions sont celles de l'initiative et de l'imagination des intéressés et de l'usage qu'on peut faire des moyens disponibles.

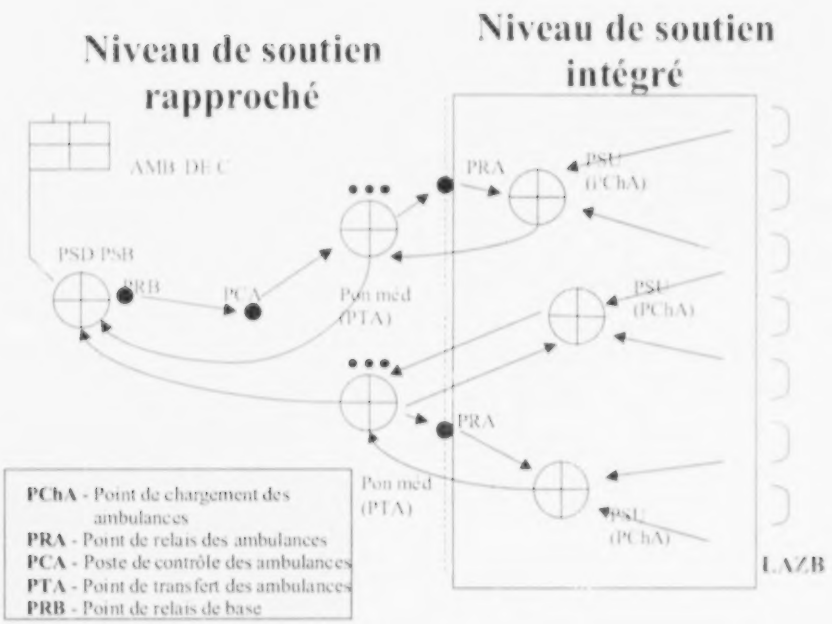


**Figure 7-1 : Système de navette d'ambulances**

## SECTION 3
## AUTRES MOYENS D'ÉVACUATION

34. La question de l'évacuation terrestre par ambulance a été traitée en détail. Il ne faudrait pas toutefois donner l'impression qu'il s'agit du seul moyen d'évacuation en campagne. En fait, tous les moyens sont bons pour transporter les patients, de façon courante ou en cas d'urgence. Ces moyens vont du téléphérique en montagne au radeau de billes de bois dans la jungle. Les seules restrictions sont celles de l'initiative et de l'imagination des intéressés et de l'usage qu'on peut faire des moyens disponibles.

# CHAPITRE 8
# EMPLOI TACTIQUE DES UNITÉS SANITAIRES

## SECTION 1
## GÉNÉRALITÉS

### BUT ET PORTÉE

1. Dans le présent chapitre, on décrit comment les services de santé de la Force terrestre sont utilisés pour assurer un soutien sanitaire durant toutes les opérations de guerre. On a définit trois types d'opération ainsi que cinq phases transitoires qui relient les opérations de guerre. Les voici :

a. opérations offensives;

b. opérations défensives;

c. manoeuvres retardatrices;

d. phases transitoires :

(1) marche à l'ennemi,

(2) combat de rencontre,

(3) jonction,

(4) désengagement,

(5) relève des troupes au combat.

2. Une bonne compréhension des principes de base, des plans et du déroulement des opérations terrestres est essentielle pour l'utilisation du Service de santé, mais ces sujets excèdent le cadre du présent manuel. Le lecteur est invité à consulter la B-GL-300-002/FP-001, *La doctrine du niveau tactique de l'Armée de terre*.

3. **Soutien intégré**. Les services de santé et les chaînes d'évacuation des unités sont décrits dans les manuels de la Branche.

Dans la présente publication, on décrit le soutien sanitaire tactique au-delà du niveau intégré.

## CONTEXTE

4. La tactique est un sujet inévitablement et délibérément vague. Il n'existe pas deux situations opérationnelles identiques et il est impossible de normaliser les solutions aux problèmes. C'est tout aussi vrai pour l'organisation du soutien sanitaire en campagne que pour les opérations de combat. Un plan de soutien sanitaire en campagne ou pour une opération en particulier doit donc être le résultat d'une appréciation minutieuse des situations opérationnelle, logistique et sanitaire.

5. On ne peut considérer l'utilisation tactique du Service de santé isolément des autres aspects du soutien sanitaire. La gestion des patients, les procédures de déploiement et l'emplacement des installations sanitaires sont des aspects qu'il faut considérer conjointement avec la tactique du Service de santé, et comme une partie intégrante de cette dernière.

## ORDRE DE PRÉSENTATION

6. Dans la mesure du possible, on traitera des types d'opération et des phases transitoires dans l'ordre suivant :

a. commentaires généraux sur la nature de l'opération;

b. problèmes posés par le soutien sanitaire dans le cadre de l'opération;

c. doctrine du Service de santé;

d. considérations particulières concernant le service sanitaire, le cas échéant.

## SECTION 2
## OPÉRATIONS OFFENSIVES

### GÉNÉRALITÉS

7. Le but premier d'une attaque est de détruire la capacité de résistance de l'ennemi et de prendre du terrain. Une attaque peut être menée isolément ou combinée à d'autres types d'opération. Le commandant qui lance une attaque possède l'initiative. En effet, c'est lui qui décide de l'endroit, de l'heure, de la direction et de la puissance de combat.

8. Une attaque peut être lancée contre le front, le flanc ou l'arrière des troupes ennemies. Normalement, l'effort principal porte là où l'ennemi est le plus faible ou là où le terrain offre des possibilités de percée en profondeur dans la zone défensive de l'ennemi.

### PROBLÈMES

9. **Plans du Service de santé**. Dans les zones avant, le soutien sanitaire est offert sur place, à un endroit qu'il n'a pas été possible de reconnaître auparavant. On peut rarement planifier en détail les phases de l'exploitation et de la poursuite.

10. **Sauvetage et cueillette**. Au cours de cette phase de la guerre, c'est au moment de l'assaut que les blessés sont les plus nombreux. Il est difficile de repérer les blessés, de les secourir et de les recueillir. Quand une attaque est lancée sur un front étendu, les distances sur lesquelles il faut transporter les blessés peuvent être considérables.

11. **Évacuation**. Les ressources d'évacuation des blessés doivent se trouver bien à l'avant. Les itinéraires d'évacuation ne devraient pas coïncider avec les axes de progression parce que cela causerait des retards, parce que ces derniers sont en mauvais état et que les conditions de transport seraient moins propices. Les ouvrages défensifs, les ouvrages de destruction et autres tactiques retardatrices semblables de l'ennemi peuvent gêner l'évacuation terrestre.

12. **Effet de surprise**. L'effet de surprise contribue grandement au succès d'une attaque. Les préparatifs doivent se dérouler dans le

plus grand secret. Par conséquent, les installations médicales sont souvent déplacées ou aménagées juste avant et même après le lancement de l'attaque.

13. **Attaques de nuit**. La nuit, il est encore plus difficile de repérer, de recueillir et d'évacuer les blessés, particulièrement au cours d'une attaque. Le mouvement en terrain inconnu la nuit ralentit les éléments d'évacuation. Afin de trouver les blessés, on doit procéder à des recherches minutieuses et systématiques. Les dispositifs électroniques ou pyrotechniques peuvent être très utiles, mais ils risquent de compromettre la sécurité et le plan tactique. On a parfois besoin de ressources supplémentaires pour chercher, recueillir et évacuer les blessés et les unités sanitaires d'appui peuvent être appelées à renforcer les éléments du rôle 1. La nuit, il est particulièrement important que toutes les troupes sachent exactement où se trouvent les installations médicales. L'emploi de signaux de nuit adéquats est essentiel. Le Service de santé doit s'entraîner aux opérations nocturnes et participer à des répétitions.

## DOCTRINE

14. **Généralités**. Durant l'attaque et la poursuite, la mobilité est l'atout le plus précieux du soutien sanitaire. Dans une grande mesure, la mobilité est fonction de la rapidité avec laquelle les patients quittent les installations médicales avancées (aucun patient ne doit s'y trouver au moment du lancement de l'attaque) et de l'efficience de la chaîne d'évacuation. Le maillon vital de la chaîne est celui qui relie le poste sanitaire d'unité (PSU) et le poste sanitaire qui appuie le rôle 2. Le maintien du contact avec les éléments de combat est une autre considération importante en ce qui concerne le soutien sanitaire.

15. **Soutien à tous les stades**. Même si le nombre de blessés atteint son summum au cours de l'assaut, les patients peuvent être intégrés à la chaîne d'évacuation à tout moment et à n'importe quel endroit au cours de l'opération. Par conséquent, il faut prévoir dans les plans du Service de santé du soutien pour les stades du rassemblement, de la marche vers l'avant, de l'assaut, de la réorganisation, de l'exploitation et de la poursuite. Il faut également s'occuper des unités du soutien logistique du combat (SLC), des quartiers généraux (QG) et des éléments administratifs. Les installations médicales aménagées pour le soutien de l'attaque doivent être assez vastes pour accueillir le

nombre élevé de blessés prévu et, simultanément, être en mesure de se déplacer pour soutenir les stades de l'exploitation et de la poursuite. Un minimum d'installations médicales devraient être engagées dans les premiers stades de l'opération. On préserve ainsi la mobilité des ressources et on se ménage la marge de manoeuvre nécessaire au cas où la concentration de blessés aurait lieu à un endroit imprévu. C'est pourquoi on demande aux éléments sanitaires dans la zone, p. ex., les éléments associés à la force de protection de la ligne de départ, d'assurer le soutien initial.

16. **Attente des secours**. Il faut s'assurer que l'on ne perd pas la trace des blessés et que l'endroit où ils se trouvent est communiqué sans délai. Les soldats doivent tenter de marquer la position de leurs camarades blessés et de transmettre l'information de bouche à oreille ou par radio aux commandants de section/d'équipage/de peloton/de troupe. À leur tour, les commandants doivent avertir le poste de commandement (PC) de leur sous-unité ainsi que l'équipe sanitaire le plus rapidement possible. La méthode la plus fréquemment utilisée pour marquer l'emplacement d'un blessé consiste à planter l'arme personnelle du soldat bien en vue. Les soldats moins grièvement blessés peuvent par leurs propres moyens attirer l'attention des équipes sanitaires ou d'autres personnes capables de demander des secours.

17. **Emplacement des installations sanitaires**. En règle générale, les installations sanitaires sont situées plus à l'avant au cours d'une attaque que pendant les phases de défense et de désengagement. Si on a besoin des éléments médicaux de la force d'attaque pour les premiers stades de l'attaque, ces éléments devraient se déployer à bord de véhicules à roues et sous une forme réduite, le plus à l'avant possible, sans compromettre le secret de l'opération. Afin d'éviter de transporter des blessés vers l'avant au cours de l'assaut et des phases suivantes de l'opération, les éléments médicaux peuvent être obligés de diviser leurs ressources et d'avancer par dépassement. Il est à noter toutefois qu'un tir défensif nourri de l'ennemi peut empêcher jusqu'à un certain point le déploiement élémentaire des ressources sanitaires le plus à l'avant possible.

18. **Ouverture opportune des installations sanitaires**. Malgré les restrictions indiquées ci-dessus, les installations sanitaires doivent être prêtes à accueillir les blessés avant le lancement de l'attaque. À ce moment critique, elles ne devraient pas être en marche vers l'avant. Par conséquent, les éléments médicaux des rôles 1 et 2 devraient être parmi les premiers à se déplacer vers l'avant.

19. **Contrôle de l'évacuation**. Au début, la plupart des ambulances devraient se trouver bien à l'avant. Le fait d'attacher des éléments médicaux de l'unité sanitaire de soutien directement en appui au groupement tactique comporte beaucoup d'avantages. L'évacuation devrait converger vers un seul axe commun le plus à l'avant possible. Ainsi, on optimise l'effort déployé et on facilite le soutien sanitaire pendant l'exploitation et la poursuite. De préférence, l'évacuation devrait être contrôlée de façon centralisée le plus longtemps possible.

20. **Réserve**. Quand le planificateur du Service de santé répartit les ressources en prévision d'une attaque, il doit déterminer les zones où les blessés sont susceptibles d'être les plus nombreux. Toutefois, comme son évaluation ne sera jamais tout à fait exacte et comme l'ennemi peut opposer une résistance là où on s'y attend le moins, il faut constituer une réserve de ressources sanitaires. Une réserve à bord de véhicules à roues, prête à se déployer sans préavis, est essentielle au soutien d'une exploitation et d'une poursuite rapides qui peuvent s'étendre sur une grande distance.

## SOUTIEN ASSOCIÉ AU RÔLE 2

21. **Évacuation**. L'aspect le plus difficile du soutien de deuxième niveau au cours de l'attaque est le maintien du contact avec le PSU. La meilleure solution consiste à attacher un détachement ou une section d'un peloton médical au groupement tactique qui est co-implanté avec le PSU ou situé dans l'échelon A.

22. **Traitement**. Le poste sanitaire de brigade (PSB) doit être situé le plus à l'avant possible. La compagnie médicale qui forme cette installation devrait être préparée à partager ses ressources et à aménager des relais au fur et à mesure de la progression vers l'avant. Les installations sanitaires doivent se déplacer le long de l'axe principal, par dépassement au besoin, de manière à rester à une distance leur permettant d'assurer le soutien voulu. À ce niveau, la mobilité est assurée par l'évacuation rapide de tous les patients vers le troisième niveau. Durant cette phase de la guerre, il est rarement possible de garder les cas mineurs dans la zone de la brigade.

**SOUTIEN ASSOCIÉ AU RÔLE 3**

23. En raison du grand nombre de cas nécessitant une chirurgie qui sont prévus durant une attaque ainsi que de la faible probabilité que l'ennemi réussisse une percée, les installations de rôle 3 doivent être situées bien à l'avant au début de l'opération.

## SECTION 3
## OPÉRATIONS DÉFENSIVES

24. **Généralités**. Les opérations défensives sont des mesures visant à prévenir une attaque ennemie, à opposer une résistance, à repousser une attaque ou à anéantir une force ennemie attaquante. Les opérations défensives peuvent être nécessaires pour :

a. établir des conditions plus favorables en vue d'opérations offensives;

b. économiser les forces d'une zone afin d'exercer une pression déterminante ailleurs;

c. détruire ou piéger une force hostile;

d. empêcher l'ennemi de pénétrer dans une zone;

e. réduire le potentiel ennemi tout en faisant en sorte que les forces amies subissent le moins de pertes possible.

25. Une opération défensive se déroule dans un ordre donné, mais le passage d'un stade à un autre est rarement démarqué et se produit à des moments et à des endroits différents dans la zone de responsabilité de la formation. Voici les stades de l'opération défensive :

a. Le stade de la force de couverture est celui où cette dernière protège le déploiement des forces amies. Habituellement, la force de couverture joue le rôle d'une garde et cède du terrain pour gagner du temps en ralentissant l'élan de l'ennemi et en lui infligeant le plus de dommages possibles sans, en principe,

s'engager de façon décisive. En raison du rôle qui lui est confié, la garde est habituellement formée d'unités blindées.

b. Le stade de la défense principale comprend des contre-mouvements (renforcement, arrêt des forces ennemies et contre-attaque).

## PROBLÈMES

26. **Cueillette et évacuation**. En règle générale, il est plus difficile d'assurer le soutien sanitaire durant une opération défensive que pendant une opération offensive. Même si les blessés sont moins nombreux, le recul des troupes combattantes complique la cueillette et l'évacuation, surtout quand la force de couverture se désengage. Le personnel médical est davantage exposé aux actions de l'ennemi que durant une opération offensive et dispose de moins de temps pour secourir les blessés, administrer des traitements d'urgence et évacuer les blessés de la zone de combat immédiate. Le nombre accru de blessés parmi le personnel du Service de santé des Forces canadiennes (SSFC) et les brancardiers a pour effet de réduire les ressources disponibles pour l'administration des traitements et l'évacuation.

27. **Actions de l'ennemi**. Au cours des premiers stades de l'assaut de l'ennemi et durant la contre-attaque, on peut s'attendre à des pertes élevées. L'attaque de l'ennemi risque de perturber ou de retarder l'évacuation des patients.

28. **Dispersion**. Compte tenu de la profondeur et de la dispersion des ressources mobiles de défense, l'évacuation des patients ainsi que le soutien sanitaire dans les zones les plus isolées posent des problèmes considérables en matière de temps et d'espace. Parfois, les éléments avant doivent se désengager et transporter leurs blessés vers l'arrière.

29. **Plans du Service de santé**. Durant une opération défensive, c'est l'ennemi qui possède l'initiative de l'endroit et du moment de l'attaque. Il est donc parfois impossible de prévoir les endroits où le nombre de blessés sera le plus élevé. Par conséquent, la planification du service sanitaire peut difficilement se faire au début de l'opération.

## DOCTRINE

30. **Généralités**. Compte tenu de la répartition des forces en profondeur et du risque de percées ennemies dans la position défensive, les installations sanitaires doivent en général être déployées plus à l'arrière que durant une opération offensive.

31. **Réserves du Service de santé**. Les éléments de combat en réserve jouent un rôle décisif en défense. Il faut coordonner minutieusement l'emplacement des installations sanitaires de manière à ne pas entraver le mouvement des éléments de combat, notamment les forces de contre-attaque et les forces d'arrêt. Par ailleurs, il faut constituer des réserves de personnel médical et les affecter au soutien des forces de combat. Dans le plan défensif, il ne faut prévoir aucun autre rôle pour les réserves du Service de santé et ces dernières doivent demeurer entièrement mobiles. Il faut également garder une réserve prête à intervenir en cas de tournure imprévue des événements.

32. **Protection**. Afin de fournir un soutien rapproché et d'assurer une protection en cas de percée ennemie, les installations sanitaires devraient être situées dans des lieux défendus, des positions réservées ou des zones administratives. Les opérations défensives se prêtent tout particulièrement à la protection matérielle des installations sanitaires. À cet égard, les seuls facteurs restrictifs sont le temps et la mobilité.

33. **Dissimulation**. L'effet de surprise est tout aussi important en défense que durant les autres phases de la guerre. Ce facteur influe énormément sur les communications radio, le choix des emplacements, la dissimulation et le mouvement des unités et des installations sanitaires. Parfois, les patients ne peuvent être évacués que la nuit ou quand d'autres conditions gênent l'observation par l'ennemi. Les installations sanitaires devraient être aménagées dès le départ à des endroits où il leur sera possible de s'acquitter de leur mission tout au long de l'opération sans devoir se déplacer.

34. **Couverture sanitaire totale**. Tous les éléments du dispositif défensif, qu'ils soient mobiles ou affectés à la défense de la zone, doivent bénéficier d'un soutien sanitaire. P. ex., le plan du Service de santé doit prévoir le soutien non seulement de la zone de défense principale, mais aussi de la force de couverture, des réserves, des QG et des éléments d'appui. L'accent doit être mis sur les zones où les

blessés risquent d'être les plus nombreux, mais le Service de santé doit être prêt à soutenir n'importe quelle partie ou élément du dispositif de défense.

35. **Garde des patients**. Comme l'évacuation des patients risque d'être interrompue par les actions de l'ennemi, p. ex., une percée en profondeur et des manoeuvres d'interdiction, il est primordial que les installations sanitaires avancées soient en mesure de garder les patients, que des relais soient aménagés et que le Service de santé puisse compter sur l'aide de ressources extérieures pour rétablir la chaîne d'évacuation le plus rapidement possible.

36. **Soutien sanitaire de la force de couverture**. Le soutien sanitaire doit permettre l'évacuation rapide des blessés vers des installations sanitaires à l'arrière. Dans la plupart des cas, on aura besoin de ressources d'évacuation supplémentaires, particulièrement des hélicoptères.

37. Il faut aménager une installation sanitaire près de la limite avant de la zone de bataille (LAZB) afin d'accueillir les blessés de la force de couverture au moment du désengagement de cette dernière.

## SOUTIEN ASSOCIÉ AU RÔLE 2

38. **Tâche**. Le soutien sanitaire associé au rôle 2 incombe à l'unité sanitaire d'appui, avec l'aide occasionnelle de ressources de l'extérieur. La principale tâche à ce niveau est l'évacuation rapide et efficace des patients des PSU vers un endroit où ils recevront les premiers traitements dont ils ont besoin. Afin de stabiliser l'état des patients durant l'évacuation, on leur prodiguera les traitements de soutien nécessaires.

39. **Poste sanitaire de brigade**. Un PSB suffit habituellement à assurer le soutien d'une opération défensive, mais il faut parfois deux PSB en raison des itinéraires d'évacuation disponibles ou de la vaste dispersion des troupes. Dans les cas où deux PSB sont mis sur pied, le poste de commandement de la compagnie médicale contrôle l'acheminement des patients vers chacun d'eux. Quand on choisi l'emplacement du ou des PSB, il est très important de tenir compte des itinéraires d'évacuation et de trouver un endroit à proximité des zones d'atterrissage (Z atter) où une protection maximale peut être assurée et

où ils pourront probablement demeurer pendant toute la durée de l'opération.

40. **Pelotons médicaux**. Les pelotons médicaux peuvent être employés de diverses façons, mais en général, l'un d'eux met en place le PSB dont il est question au paragraphe précédent. Voici les autres rôles possibles :

a. **Aménagement de relais**. Si la distance qui sépare le PSB du PSU appuyé est trop grande, un peloton ou une sous-section médicale est déployé pour mettre en place un relais.

b. **Renforcement de postes sanitaires d'unité**. Une section d'un peloton médical peut être placée en sous-ordre d'un groupement tactique et combinée au PSU afin de former une installation sanitaire. Les facteurs qui régissent le choix de l'emplacement d'un PSU entrent également en ligne de compte dans le cas présent. L'avantage le plus évident de l'articulation de ressources associées au rôle 1 et au rôle 2 est l'augmentation des ressources de traitement et de garde des patients.

c. **Soutien de la force de couverture**. Un ou des pelotons ou sous-sections médicaux peuvent être déployés à l'avant de la LAZB afin de recueillir et de garder les patients en provenance des PSU. D'un autre côté, un peloton ou une sous-section peut être déployé à l'arrière de la LAZB pour accueillir les patients de la force de couverture au moment du désengagement de cette dernière.

41. **Garde des patients au niveau de la brigade**. Les blessés sont gardés au PSB seulement le temps nécessaire pour préparer leur évacuation. Comme c'est toujours le cas dans les zones avant, il faut prévoir la possibilité de garder les patients au cas où l'évacuation serait interrompue et en attendant que l'on dispose d'aéronefs et de convois terrestres. La tâche de la compagnie médicale qui consiste à maintenir le potentiel de combat de la formation à l'intérieur de la zone de brigade en gardant tous les cas bénins sera considérée comme

secondaire par rapport à la tâche d'accueillir temporairement les blessés au combat.

42. **Réserve**. On devra toujours constituer une réserve puisqu'on pourrait en avoir besoin pour renforcer ou remplacer un PSU afin de mettre sur pied un relais ou pour garder des patients en cas d'urgence. Au sein d'une ambulance de campagne, la compagnie médicale possède un quatrième peloton médical à cette fin. Le ou les pelotons de réserve peuvent être affectés à des tâches même s'ils forment la réserve. Entre autres, on peut les affecter au soutien du PSB/PSD. Dans un tel cas, les pelotons aident le personnel du poste tandis que l'équipement demeure à bord des véhicules à roues, prêts pour un déploiement.

43. **Évacuation**. Des ambulances supplémentaires devraient être mises en place à l'avant pour attendre les blessés. Ainsi, on diminue les risques de congestion des installations.

## SOUTIEN ASSOCIÉ AU RÔLE 3

44. **Tâche**. La gestion des patients associée au rôle 3 est définie comme le noyau central du service sanitaire en campagne. C'est à ce niveau que les premières interventions chirurgicales sont pratiquées et que des soins hospitaliers limités sont prodigués aux malades et aux blessés.

45. **Choix de l'emplacement**. Le choix de l'emplacement d'installations associées au rôle 3 dans le cadre d'une opération défensive repose sur deux facteurs contradictoires :

a. **La situation tactique**. L'hôpital de campagne doit être hors de portée du tir d'artillerie, loin des objectifs probables et dans une zone où les combats sont presque inexistants. Il doit être assez loin vers l'arrière pour qu'il ne soit pas nécessaire de le déplacer en raison des actions de l'ennemi.

b. **La distance**. Les soldats blessés doivent parvenir à une installation associée au rôle 3 le plus rapidement possible, et lorsqu'une intervention chirurgicale a pour objet de sauver la vie des soldats ou de leur

éviter l'amputation, le trajet ne devrait pas durer plus de six heures. La durée, qui est calculée depuis le moment où le soldat est blessé jusqu'à l'arrivée de ce dernier sur la table d'opération, n'englobe pas uniquement le temps de déplacement, mais aussi le séjour au PSU et dans un relais durant le trajet. Au besoin, une équipe chirurgicale de campagne (ECC) ou un centre chirurgical avancé (CCA) doit être co-implanté avec un poste sanitaire de division (PSD) ou un PSB, surtout quand la force de couverture se trouve à l'avant de la LAZB.

46. **Déploiement**. Quand le combat défensif est livré par une force ou une formation de la taille d'une division, au moins deux hôpitaux de campagne (qui font partie du Groupe médical du Canada (GMC)) devraient assurer le soutien associé au rôle 3. Ces hôpitaux doivent être déployés de façon à fournir un soutien rapproché aux brigades et leur emplacement doit être choisi en fonction des facteurs décrits ci-dessus. Les hôpitaux devraient être situés de façon à ce que les patients destinés à un hôpital puissent être réacheminés vers un autre si le premier est détruit, endommagé ou saturé.

## CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

47. Habituellement, le nombre de patients est élevé au cours d'une opération défensive qui se prolonge et les patients psychiatriques risquent d'alourdir sensiblement la charge de travail quotidienne du personnel médical. Tous les niveaux du Service de santé doivent porter à l'attention des commandants n'importe quelle question préjudiciable à la santé des troupes qui contribue au nombre élevé de patients.

48. Les problèmes d'hygiène et de salubrité risquent d'être plus marqués au cours d'une opération défensive que durant d'autres phases de la guerre. Les mesures préventives à cet égard sont exposées dans la PFC(J) 5(4)-17, *Medical Support for CF Joint and Combined Operations*.

## SECTION 4
## MANOEUVRES RETARDATRICES

### GÉNÉRALITÉS

49. Les manoeuvres retardatrices sont des opérations de nature défensive, mais elles peuvent être menées dans le cadre d'une opération offensive. Les manoeuvres retardatrices visent l'un ou l'autre des buts suivants :

a. ralentir la progression de l'ennemi et réduire son potentiel offensif en lui infligeant des pertes;

b. déterminer le point où portera l'effort principal de l'ennemi;

c. protéger le déploiement et les préparatifs des forces chargées de mener d'autres opérations;

d. canaliser l'attaquant dans une zone ou le placer dans une position menant à sa destruction;

e. en cas d'opérations de flanc-gardes ou d'arrière-gardes :

(1) permettre à la force principale de réagir à la nouvelle menace;

(2) empêcher l'ennemi de nuire à la force principale;

(3) empêcher l'ennemi de recueillir de l'information au sujet des actions de la force principale;

(4) permettre à la force principale de décrocher et de s'éloigner de l'ennemi au cours d'un désengagement.

50. Les manoeuvres retardatrices comprennent une combinaison d'actions défensives et offensives. Par un tir et un mouvement

incessants, on oblige l'ennemi à se redéployer sans cesse. Dans le plan général du commandant de la formation, les groupements tactiques occupent habituellement une série de positions retardatrices à partir desquelles ils peuvent rompre le contact derrière d'autres forces retardatrices ou se désengager vers leur position suivante en profondeur. Les forces retardatrices engagent l'ennemi, surtout les forces de reconnaissance de l'ennemi, et lancent des attaques limitées dont elles se retirent juste avant qu'elles ne se transforment en engagements décisifs. Afin d'éviter un engagement décisif, les forces décrochent ou battent en retraite en combattant jusqu'à leur position retardatrice suivante. Le processus est répété jusqu'à l'accomplissement de la mission, puis le groupement tactique rompt le contact avec l'ennemi et transmet la responsabilité à la force sur place. Au cours de manoeuvres retardatrices, un commandant ne doit jamais se lancer dans un engagement décisif sans l'autorisation de son supérieur.

## PROBLÈMES

51. **Le temps**. Le nombre de blessés retirés d'un champ de bataille dépend du temps et des moyens dont on dispose. Dans le cadre d'opérations de défense de zone et d'opérations offensives, le temps est un facteur important seulement dans la mesure où le bien-être physique des blessés est menacé. Quand il s'agit d'opérations dans lesquelles le mouvement s'effectue vers l'arrière, le temps prend une plus grande importance et devient un facteur critique dans l'accomplissement de la mission du Service de santé. Durant ce genre d'opération, le temps risque de prendre une importance vitale.

52. **Nombre de blessés**. Suivant le type d'opération, la taille de la force, la réaction et la puissance de feu de l'ennemi, le terrain et les conditions météorologiques, le nombre de blessés peut être négligeable ou, au contraire, extrêmement élevé. Tant et aussi longtemps que l'ennemi reste en contact et prive nos forces de toute liberté d'action, l'opération sera des plus coûteuses en vies humaines.

53. **Évacuation**. Durant ce type d'opération, l'évacuation est plus difficile pour les raisons suivantes :

a. les itinéraires que l'on peut emprunter pour l'évacuation des blessés risquent d'être constamment

encombrés de véhicules de combat et de véhicules logistiques;

b. l'évacuation se fait sur de plus grandes distances étant donné que les installations sanitaires de troisième niveau sont au début situées plus à l'arrière pour qu'on ne soit pas obligé de les déplacer lorsque des patients viennent de subir une intervention chirurgicale;

c. on ne peut optimiser l'utilisation des ressources puisque les trajets de retour sont souvent impossibles et que la vitesse est réduite à cause de la congestion;

d. en raison du mouvement vers l'arrière des éléments de combat, les installations sanitaires de la chaîne d'évacuation sont, à tour de rôle, laissées sans protection, ce qui les empêche de poursuivre leurs activités;

e. les communications et le contrôle sont difficiles et l'ennemi pourrait même perturber ces derniers;

f. il est probable que l'évacuation sera interrompue par l'ennemi;

g. les mesures à prendre pour surmonter les obstacles à l'évacuation sont rarement du ressort des autorités du Service de santé.

54. **Traitement**. À cause des problèmes posés par l'évacuation des patients dans le cadre de manoeuvres retardatrices, il se peut qu'un blessé ne parvienne pas en temps voulu jusqu'à un centre chirurgical. En conséquence, les taux de morbidité et de mortalité augmentent. L'absence de relais durant le trajet ainsi que la détérioration de l'état du patient qui en résulte viennent encore aggraver le problème.

55. **Soutien à l'intention du Service de santé**. Les ressources sanitaires requises dans les zones avant sont nombreuses, mais le soutien disponible risque d'être limité.

## DOCTRINE

56. **Généralités**. Durant les manoeuvres retardatrices, le Service de santé tente d'évacuer tous les patients et de s'assurer que ses unités sont intactes et fonctionnent efficacement une fois l'opération achevée.

57. **Plans du Service de santé**. Au moment de vérifier les plans, on doit prendre en considération les opérations qui doivent être entreprises une fois la mission immédiate terminée. Quand l'opération comporte un passage de ligne vers l'arrière, les commandants du Service de santé des formations et des unités qui prennent part aux manoeuvres doivent effectuer une planification minutieuse et rester en contact s'ils veulent concerter leurs efforts. Les plans du Service de santé devraient prévoir la formation d'une réserve. Cela sera difficile compte tenu de la lourde tâche qui attend les ressources du Service de santé. Toutefois, dans des opérations de ce type, quand tout peut arriver, le succès de la mission du Service de santé peut dépendre de l'existence d'une réserve.

58. **Contrôle**. Le contrôle centralisé de l'ensemble des ressources du Service de santé revêt une importance capitale. Toutefois, en raison de la nature fluide de l'opération, le contrôle doit inévitablement être décentralisé. La décentralisation du contrôle devrait durer le moins longtemps possible et des instructions précises doivent être données aux subordonnés avant la délégation des pouvoirs. Les commandants de toutes les unités médicales doivent être prêts à prendre leurs propres décisions en cas de nécessité.

59. **Emplacement des installations sanitaires**. Les installations sanitaires, en particulier les installations de troisième ligne, sont situées, au début, plus à l'arrière que durant les autres phases de la guerre. Cela s'explique par le fait que le mouvement général s'effectue vers l'arrière et que les centres chirurgicaux ne devraient pas être obligés de déménager quand ils dispensent les soins postopératoires. Les installations associées au rôle 2 doivent être déplacées vers l'arrière avant qu'elles ne risquent d'être mêlées aux actions des éléments de combat qui se désengagent. Le redéploiement peut se

faire au moyen du fractionnement ou de la progression par dépassement des sous-unités médicales. Cela signifie que l'emplacement suivant vers l'arrière doit être occupé et prêt à accueillir les patients avant l'abandon de la position plus à l'avant. Il faut planifier minutieusement l'emplacement des positions successives de l'avant vers l'arrière. La fréquence des redéploiements dépend du rythme du mouvement, du terrain et des questions de sécurité. À mesure que les zones avant se dégarnissent, les unités médicales redéploient une partie de leurs ressources vers la nouvelle position ou vers une position intermédiaire. Les groupes précurseurs et les parties de l'unité qui ne sont pas affectés au soutien immédiat de l'élément avant sont envoyés vers l'arrière le plus tôt possible pour préparer les installations.

60. **Ressources d'évacuation**. Seuls les moyens suivants permettent de surmonter les problèmes liés à l'évacuation :

a. coordonner les efforts avec les commandants de tous les niveaux et leur donner des instructions;

b. recourir le plus possible à l'évacuation sanitaire aérienne (l'emploi des hélicoptères facilite l'évacuation et permet d'implanter les installations sanitaires assez loin vers l'arrière afin qu'elles ne soient pas laissées sans protection à tour de rôle et qu'elles risquent peu d'être mêlées aux combats);

c. inclure les ambulances sur la liste des véhicules prioritaires pour le mouvement;

d. utiliser les troupes et les véhicules de combat pour la cueillette et l'évacuation des blessés dans les zones avant (habituellement, les troupes qui se déplacent rapidement vers l'arrière ne sont pas engagées dans les combats et devraient donc être en mesure de collaborer à l'enlèvement des blessés);

e. prendre des dispositions pour que les cas légers et les blessés puissent être transportés à bord de véhicules de combat ou de véhicules logistiques;

f. attacher des ambulances ou des sous-unités des unités sanitaires associées au rôle 2 aux unités de combat.

61. **Abandon des patients**. Comme on l'a déjà dit, on s'efforce d'évacuer tous les patients. Toutefois, dans le cadre d'une opération de désengagement, ce n'est pas toujours possible et c'est plus difficile que durant toute autre phase de la guerre. Les patients qui ne peuvent être évacués doivent être abandonnés, mais des ressources minimales restent auprès d'eux. Il n'y a pas de solution intermédiaire.

62. **Traitement**. Les traitements sont assujettis aux exigences suivantes :

a. interventions chirurgicales sur les blessés au combat dans un endroit où les soins postopératoires ne risquent pas d'être interrompus par une action de l'ennemi ou par l'obligation de déménager l'installation;

b. traitements associés au rôle 1 et au rôle 2 limités aux soins d'urgence et aux soins provisoires destinés à préparer les patients à l'évacuation et à assurer le maintien de leur état au cours du trajet;

c. aucun cas bénin dans les installations associées au rôle 1 et au rôle 2 (ces cas devraient être acheminés vers des installations associées au rôle 3 avant l'opération et ne doivent pas être évacués une fois l'opération lancée).

## SOUTIEN ASSOCIÉ AU RÔLE 2

63. Afin d'augmenter les ressources des PSU et de résoudre le problème causé par le maintien du contact, on attache des éléments de l'unité sanitaire d'appui aux unités ou aux groupements tactiques pour la durée de l'opération. Ces éléments sont combinés au PSU pour le transport des patients vers l'endroit où ils recevront leurs premiers traitements derrière la nouvelle position ou vers un relais. Les cas d'évacuation qui dépassent la capacité de cet élément combiné associé au rôle 1 et au rôle 2 relèvent du reste de l'unité sanitaire d'appui. Le

transfert des patients entre les éléments se fait à des points de rassemblement le long de l'axe d'évacuation.

64. Tout doit être fait pour évacuer les patients directement vers une installation associée au rôle 3. Si un déplacement par étapes est nécessaire, la compagnie médicale aménage des emplacements où des soins sont dispensés à l'arrière de camions. L'emplacement des relais est choisi en fonction de celui des positions retardatrices ou intermédiaires prévues sur l'axe principal du mouvement ou à proximité de cet axe. Quand les distances à parcourir sont grandes ou lorsque les ressources sont insuffisantes, ce qui risque fort de se produire si plus d'un axe est utilisé, on utilise la technique du déplacement par dépassement.

## SOUTIEN ASSOCIÉ AU RÔLE 3

65. Tous les patients sont retirés des installations associées au rôle 3 avant le début de l'opération et les installations sont déménagées vers un nouvel emplacement assez loin derrière la nouvelle position pour que les risques qu'elles soient obligées de se déplacer de nouveau en raison des actions de l'ennemi soient réduits au minimum. Des considérations générales applicables au choix de l'emplacement des hôpitaux de campagne durant une opération défensive s'appliquent également dans la présente situation.

66. Comme tous les patients auront été évacués des installations associées au rôle 1 et au rôle 2 en prévision de l'opération et qu'aucun patient ne sera gardé délibérément dans ces installations au cours de l'opération, les hôpitaux de campagne sont envahis de cas bénins. Un nombre élevé de blessés au combat viendra probablement aggraver la situation. Il faut que des dispositions soient prises pour que les cas bénins soient acheminés vers des installations mises en place spécialement pour eux.

## SECTION 5
## PHASES TRANSITOIRES

### MARCHE À L'ENNEMI ET COMBAT DE RENCONTRE—GÉNÉRALITÉS

67. Normalement, la marche à l'ennemi et le combat de rencontre ont lieu au début d'une guerre ou d'une campagne, soit au moment du premier contact avec l'ennemi, soit pour reprendre les combats. La force se déplace rapidement, mais prudemment, vers l'avant. Les distances à parcourir sont parfois très grandes.

68. Quand une force est en marche, elle articule habituellement ses éléments comme suit : force de couverture, avant-garde (formée d'une tête d'avant-garde et de la garde comme telle), flanc-garde et arrière-garde et gros des troupes. La force de couverture peut compter un écran ou une garde, ou les deux. Comme l'écran a pour tâche d'observer, d'identifier et de communiquer de l'information, ce rôle est donc confié aux unités de reconnaissance blindées. La tâche principale d'une garde est de protéger les troupes qui la suivent en livrant bataille et ce rôle est aussi habituellement confié à des unités blindées.

### PROBLÈMES

69. **Plans du Service de santé**. Les problèmes liés à la planification de la marche à l'ennemi sont semblables à ceux qui entourent l'attaque, mais leur portée est généralement plus grande. Habituellement, l'information relative au terrain sur lequel la force manoeuvrera est rare. Dans le même ordre d'idées, les détails au sujet des effectifs, du déploiement et du potentiel de l'ennemi peuvent être limités. Il est donc difficile, et parfois impossible, d'élaborer un plan complet et précis des services sanitaires de soutien.

70. **Évacuation**. Les itinéraires d'évacuation sont longs et les distances à parcourir deviennent de plus en plus grandes à mesure que la force progresse. Les véhicules terrestres transportant les patients circulent à contre-courant des éléments de combat et de soutien en marche vers l'avant. Le problème pourrait être aggravé si le trafic doit circuler dans un sens seulement. À cause du rythme de progression, les ressources du génie affectées à l'entretien des itinéraires ont fort à

faire, ce qui se répercute inévitablement de façon négative sur l'évacuation. Enfin, compte tenu de la rapidité et de la souplesse des manoeuvres des unités de combat, le Service de santé a de la difficulté à maintenir le contact et à trouver ou à prendre en charge les patients.

71. **Traitement**. En raison de la longueur des itinéraires d'évacuation, les patients mettent plus de temps à parvenir à l'endroit où des traitements pourront leur être administrés. Les relais doivent donc être plus nombreux. Si l'ordre est donné de contourner les petites poches de résistance, les itinéraires d'évacuation pourraient se détériorer ou devenir impraticables. Il faut donc accroître le long de l'itinéraire le nombre d'installations où les patients peuvent être gardés. Il peut s'écouler beaucoup de temps entre le moment où un patient est blessé et son arrivée à un centre chirurgical. Afin de réduire le délai, on devra peut-être déplacer fréquemment les hôpitaux ou recourir au maximum à l'évacuation sanitaire aérienne. La tâche des installations sanitaires pourrait être alourdie par la nécessité de donner des soins aux patients abandonnés par l'ennemi et à la population civile si l'opération a perturbé le Service de santé.

## DOCTRINE

72. **Déploiement des ressources**. Dès le début, il faut répartir les ressources sanitaires de manière qu'elles couvrent chaque composante de la force et qu'elles soient immédiatement disponibles pour offrir du soutien. Toutes les unités et tous les détachements sanitaires doivent être prêts à accueillir des patients sans interrompre la progression ou à immobiliser une partie de leurs ressources pour que le mouvement reprenne le plus rapidement possible. En raison d'actions au sol de l'ennemi, du tir indirect, d'attaques aériennes, d'ouvrages de destruction, d'activités clandestines, d'accidents, etc., des blessés peuvent avoir besoin de soins à n'importe quel point de la ou des colonnes en marche. Il faut donc établir des plans pour soutenir tous les éléments, y compris les échelons administratifs.

73. **Évacuation**. Les planificateurs du Service de santé doivent tenter d'obtenir la priorité de mouvement ainsi que de l'espace réservé sur les routes d'évacuation terrestre. Il est parfois difficile d'établir une chaîne normale d'évacuation sanitaire terrestre en raison de l'encombrement sur l'itinéraire principal de ravitaillement, de la destruction de ponts et de ponceaux et de la présence de défilés sur les

itinéraires principaux. Si c'est possible, on doit utiliser des hélicoptères pour l'évacuation entre les postes sanitaires d'unité et les installations sanitaires situées dans la zone arrière. Les patients souffrant de blessures légères devront être transportés par des véhicules d'approvisionnement qui reviennent vers l'arrière. Compte tenu de la direction du mouvement au cours de cette phase de la guerre, il se peut que les patients soient d'abord acheminés vers le front et non vers une installation sanitaire. Toutefois, dès la première occasion, les patients sont intégrés à la chaîne d'évacuation normale ou mis à l'abri dans des postes de rassemblement des blessés (PRB) le long de l'axe principal où ils seront recueillis par des organismes d'évacuation.

74. L'évacuation des blessés, particulièrement s'ils proviennent des rangs de la force de couverture et de l'avant-garde, exige des dispositions spéciales. Des ressources d'évacuation devraient être attachées à ces deux éléments. Les itinéraires d'évacuation devraient être différents de l'axe de progression.

75. **Traitement**. Avant l'opération, on doit disposer les installations sanitaires le plus à l'avant possible, et en utilisant la technique de la progression par dépassement, on doit maintenir avec la force en marche une distance permettant d'offrir le soutien nécessaire. Afin de conserver la mobilité, il faut évacuer rapidement les patients. En raison de la longueur des itinéraires d'évacuation terrestre, toutes les installations sanitaires associées au rôle 2 doivent être prêtes à accueillir et à garder temporairement les patients. Pour ce qui est des installations associées au rôle 1 et au rôle 2, les seuls traitements qui peuvent être dispensés sont souvent administrés à l'arrière des véhicules au moment des haltes et dans les refuges.

76. **Réserves**. Une réserve de ressources médicales est essentielle et doit être déployée d'une extrémité à l'autre des colonnes en marche.

77. **Communications**. Au cours d'opérations de cette nature, les communications radio peuvent faire l'objet de restrictions. Il faut donc que les unités sanitaires et les éléments de combat utilisés soient en contact direct et qu'il n'y ait aucune interruption. Les commandants du Service de santé devraient se déplacer avec les commandants des éléments de combat ou les suivre de près, tout en restant en contact avec leurs unités et leurs sous-unités.

78. **Protection**. La protection des ressources sanitaires est tout aussi importante durant la marche à l'ennemi que pendant toute autre phase de la guerre. Il faut protéger les ressources contre les poches ennemies contournées délibérément ou accidentellement et contre les attaques de troupes aéroportées ou les activités de guérilleros.

## SOUTIEN ASSOCIÉ AU RÔLE 2

79. L'élément médical d'appui doit rester en contact avec les groupements tactiques. Les patients sont transférés des installations associées au rôle 1 à celles associées au rôle 2 quand l'unité gagne un refuge ou fait une halte.

80. Lorsqu'il devient impossible de transporter les patients vers l'arrière, on aménage un relais et les troupes reprennent leur marche. Au relais, des soins provisoires sont prodigués aux patients en attendant la reprise de l'évacuation et la prise en charge du relais par le PSB.

81. Le ou les pelotons médicaux se déplacent avec le gros des troupes. Quand les troupes rencontrent une opposition et que la colonne est déployée pour une attaque improvisée, un PSB est mis sur pied. Une fois l'opposition vaincue et dès que les patients sont évacués des PSU, le peloton reprend sa marche en avant. Comme d'habitude, au moins une ambulance doit suivre le gros des troupes.

82. La compagnie médicale doit établir un PSB le plus à l'avant possible avant le début de l'opération. Ce poste répond aux besoins au cours des premiers stades de la marche à l'ennemi. Le reste des pelotons se tient prêt à se déployer plus à l'avant le long de l'axe de progression principal en raison des distances de plus en plus grandes. Le déplacement vers l'avant, par dépassement, se poursuit tant que la marche à l'ennemi n'est pas terminée. Les malades et les blessés dont l'état est bénin ne sont pas gardés à ce niveau et les patients doivent être évacués rapidement des PSB pour que ces derniers demeurent mobiles. En cas d'interruption de la chaîne d'évacuation normale, les traitements se limitent à des soins provisoires et à la garde temporaire des patients.

## SOUTIEN ASSOCIÉ AU RÔLE 3

83. L'hôpital ou les hôpitaux de campagne devraient se déployer le plus à l'avant possible avant le début de l'opération. Idéalement, un hôpital est aménagé et accueille les patients jusqu'à ce que le délai pour y parvenir (c.-à-d. la durée du trajet entre l'endroit où la blessure a été subie et le centre chirurgical) dépasse le délai optimum. Dans l'intervalle, un deuxième hôpital, gardé en réserve durant le stade initial, aura été amené vers l'avant jusqu'à un point à partir duquel un soutien approprié de troisième niveau peut être fourni. Les hôpitaux restent toujours assez près des éléments de combat pour pouvoir offrir leur soutien, c.-à-d. à six heures de route au maximum. Les facteurs restrictifs sont le nombre d'hôpitaux de campagne en réserve au début de l'opération et le degré de mobilité des hôpitaux déployés.

## DÉSENGAGEMENT — GÉNÉRALITÉS

84. Le désengagement a pour but d'extraire la formation d'une position, parfois en contact étroit avec l'ennemi, et de l'amener jusqu'à une nouvelle position défensive en évitant les pertes nombreuses et l'interférence de l'ennemi. Il s'agit de l'une des opérations de guerre les plus difficiles parce que l'ennemi possède l'initiative et la supériorité aérienne et qu'il se peut que le moral des troupes soit faible.

85. Le désengagement peut être entrepris délibérément dans le cadre d'un plan préétabli ou à l'improviste, à la suite d'un changement dans la situation. Peu importe la raison pour laquelle l'opération est lancée, les considérations élémentaires restent les mêmes, à l'exception bien sûr du temps disponible pour la planification et pour la procédure de combat.

86. Le désengagement peut viser divers buts :

a. décrocher parce que l'opération a atteint son but;

b. décrocher parce que l'opération n'offre aucune chance de succès;

c. se conformer au mouvement de forces amies adjacentes;

d. attirer l'ennemi dans une situation tactique défavorable;

e. décrocher pour des raisons de logistique;

f. permettre l'utilisation d'une partie ou de l'ensemble de la formation ailleurs.

## PROBLÈMES

87. Les problèmes associés au désengagement sont semblables à ceux des manoeuvres retardatrices, sauf que leur envergure est plus grande.

88. **Le temps**. Le nombre de blessés retirés d'un champ de bataille dépend du temps et des moyens dont on dispose. Dans le cadre d'opérations de défense de zone et d'opérations offensives, le temps est un facteur important seulement dans la mesure où le bien-être physique des blessés est menacé. Quand il s'agit d'opérations dans lesquelles le mouvement s'effectue vers l'arrière, le temps prend une plus grande importance et devient un facteur critique dans l'accomplissement de la mission du Service de santé. Durant ce genre d'opération, le temps risque de prendre une importance vitale.

89. **Nombre de blessés**. Suivant le type d'opération, la taille de la force, la réaction et la puissance de feu de l'ennemi, le terrain et les conditions météorologiques, le nombre de blessés peut être négligeable ou, au contraire, extrêmement élevé. Tant et aussi longtemps que l'ennemi reste en contact et prive nos forces de toute liberté d'action, l'opération sera des plus coûteuses en vies humaines.

90. **Évacuation**. Durant ce type d'opération, l'évacuation est plus difficile pour les raisons suivantes :

a. les itinéraires que l'on peut emprunter pour l'évacuation des blessés risquent d'être constamment encombrés de véhicules de combat et de véhicules logistiques;

b. l'évacuation se fait sur de plus grandes distances étant donné que les installations sanitaires de

troisième niveau sont, au début, situées plus à l'arrière pour qu'on ne soit pas obligé de les déplacer quand des patients viennent de subir une intervention chirurgicale;

c. on ne peut optimiser l'utilisation des ressources puisque les trajets de retour sont souvent impossibles et que la vitesse est réduite à cause de la congestion;

d. en raison du mouvement vers l'arrière des éléments de combat, les installations sanitaires de la chaîne d'évacuation sont, à tour de rôle, laissées sans protection, ce qui les empêche de poursuivre leurs activités;

e. les communications et le contrôle sont difficiles et l'ennemi pourrait même perturber ces derniers;

f. il est probable que l'évacuation sera interrompue par l'ennemi;

g. les mesures à prendre pour surmonter les obstacles à l'évacuation sont rarement du ressort des autorités du Service de santé.

91. **Traitement**. À cause des problèmes posés par l'évacuation des patients dans le cadre de manoeuvres retardatrices, il se peut qu'un blessé ne parvienne pas en temps voulu jusqu'à un centre chirurgical. En conséquence, les taux de morbidité et de mortalité augmentent. L'absence de relais durant le trajet ainsi que la détérioration de l'état du patient qui en résulte viennent encore aggraver le problème.

92. **Soutien à l'intention du Service de santé**. Les ressources sanitaires requises dans les zones avant sont nombreuses, mais le soutien disponible risque d'être limité.

93. **Contrôle**. Au cours d'une opération de désengagement, les forces amies risquent de perdre l'initiative, ce qui, conjugué à l'effet des actions de l'ennemi, contribue à rendre le contrôle plus difficile que durant d'autres phases de la guerre.

## DOCTRINE

94. **Généralités**. Durant les opérations de désengagement, le Service de santé tente d'évacuer tous les patients et de s'assurer que ses unités sont intactes et fonctionnent efficacement une fois l'opération achevée.

95. **Plans du Service de santé**. Au moment de vérifier les plans, on doit prendre en considération les opérations qui doivent être entreprises une fois la mission immédiate terminée. Quand l'opération comporte un passage de ligne vers l'arrière, les commandants du Service de santé des formations et des unités qui prennent part aux manoeuvres doivent effectuer une planification minutieuse et rester en contact s'ils veulent concerter leurs efforts. Les plans du Service de santé devraient prévoir la formation d'une réserve. Cela sera difficile compte tenu de la lourde tâche qui attend les ressources du Service de santé. Toutefois, dans des opérations de ce type, quand tout peut arriver, le succès de la mission du Service de santé peut dépendre de l'existence d'une réserve.

96. **Contrôle**. Le contrôle centralisé de l'ensemble des ressources du Service de santé revêt une importance capitale. Toutefois, en raison de la nature fluide de l'opération, le contrôle doit inévitablement être décentralisé. La décentralisation du contrôle devrait durer le moins longtemps possible et des instructions précises doivent être données aux subordonnés avant la délégation des pouvoirs. Les commandants de toutes les unités médicales doivent être prêts à prendre leurs propres décisions en cas de nécessité.

97. **Emplacement des installations sanitaires**. Les installations sanitaires, en particulier celles qui sont associées au rôle 3, sont situées, au début, plus à l'arrière que durant les autres phases de la guerre. Cela s'explique par le fait que le mouvement général s'effectue vers l'arrière et que les centres chirurgicaux ne devraient pas être obligés de déménager quand ils dispensent les soins postopératoires. Les installations associées au rôle 2 doivent être déplacées vers l'arrière avant qu'elles ne risquent d'être mêlées aux actions des éléments de combat qui se désengagent. Le redéploiement peut se faire au moyen du fractionnement ou de la progression par dépassement des sous-unités médicales. Cela signifie que l'emplacement suivant vers l'arrière doit être occupé et prêt à accueillir les patients avant l'abandon de la position plus à l'avant. Il faut

planifier minutieusement l'emplacement des positions successives de l'avant vers l'arrière. La fréquence des redéploiements dépend du rythme du mouvement, du terrain et des questions de sécurité. À mesure que les zones avant se dégarnissent, les unités médicales redéploient une partie de leurs ressources vers la nouvelle position ou vers une position intermédiaire. Les groupes précurseurs et les parties de l'unité qui ne sont pas affectés au soutien immédiat de l'élément avant sont envoyés vers l'arrière le plus tôt possible pour préparer les installations.

98. **Ressources d'évacuation**. Les moyens suivants permettent de surmonter les problèmes liés à l'évacuation :

a. coordonner les efforts avec les commandants de tous les niveaux et leur donner des instructions;

b. recourir le plus possible à l'évacuation sanitaire aérienne (l'emploi des hélicoptères facilite l'évacuation et permet d'implanter les installations sanitaires assez loin vers l'arrière afin qu'elles ne soient pas laissées sans protection à tour de rôle et qu'elles risquent peu d'être mêlées aux combats);

c. inclure les ambulances sur la liste des véhicules prioritaires pour le mouvement;

d. utiliser les troupes et les véhicules de combat pour la cueillette et l'évacuation des blessés dans les zones avant (habituellement, les troupes qui se déplacent rapidement vers l'arrière ne sont pas engagées dans les combats et devraient donc être en mesure de collaborer à l'enlèvement des blessés);

e. prendre des dispositions pour que les cas légers et les blessés puissent être transportés à bord de véhicules de combat ou de véhicules logistiques;

f. attacher des ambulances ou des sous-unités des unités sanitaires associées au rôle 2 aux unités de combat.

99. **Abandon des patients**. Comme on l'a déjà dit, on s'efforce d'évacuer tous les patients. Toutefois, dans le cadre d'une opération de désengagement, ce n'est pas toujours possible et c'est plus difficile que durant toute autre phase de la guerre. Les patients qui ne peuvent être évacués doivent être abandonnés, mais des ressources minimales restent auprès d'eux. Il n'y a pas de solution intermédiaire.

100. **Traitement**. Les traitements sont assujettis aux exigences suivantes :

a. interventions chirurgicales sur les blessés au combat dans un endroit où les soins postopératoires ne risquent pas d'être interrompus par une action de l'ennemi ou par l'obligation de déménager l'installation;

b. traitements associés au rôle 1 et au rôle 2 limités aux soins d'urgence et aux soins provisoires destinés à préparer les patients à l'évacuation et à assurer le maintien de leur état au cours du trajet;

c. aucun cas bénin dans les installations associées au rôle 1 et au rôle 2 (ces cas devraient être acheminés vers des installations associées au rôle 3 avant l'opération et ne doivent pas être évacués une fois l'opération lancée).

## SOUTIEN ASSOCIÉ AU RÔLE 2

101. Afin d'augmenter les ressources des PSU et de résoudre le problème causé par le maintien du contact, on attache des éléments de l'unité sanitaire d'appui aux unités ou aux groupements tactiques pour la durée de l'opération. Ces éléments sont combinés au PSU pour le transport des patients vers l'endroit où ils recevront leurs premiers traitements derrière la nouvelle position ou vers un relais. Les cas d'évacuation qui dépassent la capacité de cet élément combiné associé au rôle 1 et au rôle 2 relèvent du reste de l'unité sanitaire de soutien. Le transfert des patients entre les éléments se fait à des points de rassemblement le long de l'axe d'évacuation.

102. Tout doit être fait pour évacuer les patients directement vers une installation associée au rôle 3. Si un déplacement par étapes est nécessaire, la compagnie médicale aménage des emplacements où des soins sont dispensés à l'arrière de camions. L'emplacement des relais est choisi en fonction de celui des positions retardatrices ou intermédiaires prévues sur l'axe principal du mouvement ou à proximité de cet axe. Quand les distances à parcourir sont grandes ou lorsque les ressources sont insuffisantes, ce qui risque fort de se produire si plus d'un axe est utilisé, on utilise la technique du déplacement par dépassement.

## SOUTIEN ASSOCIÉ AU RÔLE 3

103. Tous les patients sont retirés des installations associées au rôle 3 avant le début de l'opération et les installations sont déménagées vers un nouvel emplacement assez loin derrière la nouvelle position pour que les risques qu'elles soient obligées de se déplacer de nouveau en raison des actions de l'ennemi soient réduits au minimum. Des considérations générales applicables au choix de l'emplacement des hôpitaux de campagne durant une opération défensive s'appliquent également dans la présente situation.

104. Comme tous les patients auront été évacués des installations associées au rôle 1 et au rôle 2 en prévision de l'opération et qu'aucun patient ne sera gardé délibérément dans ces installations au cours de l'opération, les hôpitaux de campagne sont envahis de cas bénins. Un nombre élevé de blessés au combat viendra probablement aggraver la situation. Il faut que des dispositions soient prises pour que les cas bénins soient acheminés vers des installations mises en place spécialement pour eux.

## CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES

105. **Santé et moral**. Durant la phase de désengagement, le moral des forces peut être bas. Un Service de santé efficace peut aider à surmonter ce problème. Le Service de santé peut s'attendre à une augmentation du nombre de malades, de cas de réaction au stress de combat et de cas psychiatriques. Les médecins-chefs doivent travailler en étroite collaboration avec le commandant pour endiguer ces problèmes. Toutefois, on pourrait être obligé d'affecter des ressources

médicales au traitement de ces cas. L'évacuation des patients psychiatriques devrait se faire rapidement et discrètement de manière à ne pas nuire au moral des autres soldats.

106. **Fournitures médicales**. Durant une opération de désengagement, le ravitaillement courant est habituellement suspendu. Un réapprovisionnement basé sur les prévisions établies pour les besoins durant l'opération devrait être effectué le plus rapidement possible.

## JONCTION — GÉNÉRALITÉS

107. Les jonctions ont pour but de permettre à deux forces amies d'établir un contact en territoire contrôlé par l'ennemi. Avant la jonction, il peut donc être nécessaire de détruire l'ennemi qui se trouve entre les deux forces. Ces forces peuvent faire route l'une vers l'autre ou l'une des forces peut demeurer sur place ou être encerclée. Leurs missions peuvent être les mêmes ou non. Une jonction peut avoir lieu dans les circonstances suivantes :

a. Une jonction entre deux forces procédant à des attaques convergentes peut se faire quand chaque force s'empare d'objectifs adjacents, ce qui entraîne un encerclement de l'ennemi.

b. Une jonction avec des forces encerclées ou ayant été interceptées peut se produire sur le périmètre de la position défensive établie par ces forces.

c. Une jonction avec une force aéroportée ou une force infiltrée peut avoir lieu sur le périmètre de la position défensive. Dans ce cas, la jonction est normalement suivie d'un passage des lignes vers l'avant ou d'une relève des forces en cause.

## PROBLÈMES

108. **Plans du Service de santé**. Les problèmes associés à la planification de la jonction de forces en progression sont semblables à ceux rencontrés durant la marche à l'ennemi. Habituellement,

l'information relative au terrain sur lequel la force manoeuvrera est rare. Dans le même ordre d'idées, les détails au sujet des effectifs, du déploiement et du potentiel de l'ennemi peuvent être limités. Il est donc difficile, et parfois impossible, d'élaborer un plan complet et précis des services sanitaires d'appui. Dans le cas de forces encerclées ou infiltrées, les occasions de coordonner la planification du Service de santé avec la force en mouvement sont rares. Les planificateurs du Service de santé doivent aussi être conscients de la nécessité de prendre des mesures de contrôle rigoureuses afin de réduire les risques d'effets fratricides durant toutes les opérations de jonction.

109. **Évacuation**. Les itinéraires d'évacuation sont longs et les distances à parcourir deviennent de plus en plus grandes à mesure que la force progresse. Les véhicules terrestres transportant les patients circulent à contre-courant des éléments de combat et de soutien en marche vers l'avant. Le problème pourrait être aggravé si le trafic doit circuler dans un sens seulement. À cause du rythme de progression, les ressources du génie affectées à l'entretien des itinéraires ont fort à faire, ce qui se répercute inévitablement de façon négative sur l'évacuation. Compte tenu de la rapidité et de la souplesse des manoeuvres des unités de combat, le Service de santé a de la difficulté à maintenir le contact et à trouver ou à prendre en charge les patients. Enfin, il se peut qu'un grand nombre de pertes attendent d'être évacuées durant une jonction avec des forces encerclées ou infiltrées.

110. **Traitement**. En raison de la longueur des itinéraires d'évacuation, les patients mettent plus de temps à parvenir à l'endroit où des traitements pourront leur être administrés. Les relais doivent donc être plus nombreux. Si l'ordre est donné de contourner les petites poches de résistance, les itinéraires d'évacuation pourraient se détériorer ou devenir impraticables. Il faut donc accroître le long de l'itinéraire le nombre d'installations où les patients peuvent être gardés. Il peut s'écouler beaucoup de temps entre le moment où un patient est blessé et son arrivée à un centre chirurgical. Afin de réduire le délai, on devra peut-être déplacer fréquemment les hôpitaux ou recourir au maximum à l'évacuation sanitaire aérienne. La tâche des installations sanitaires pourrait être alourdie par la nécessité de donner des soins aux patients abandonnés par l'ennemi et à la population civile si l'opération a perturbé le Service de santé. Le traitement d'un grand nombre de patients au sein des forces encerclées ou infiltrées pourrait être retardé parce qu'ils sont isolés du reste de la force, ce qui a pour effet d'augmenter les taux de mortalité et de morbidité.

**DOCTRINE**

111. **Déploiement des ressources**. Dès le début, il faut répartir les ressources sanitaires de manière qu'elles couvrent chaque composante de la force en mouvement et qu'elles soient immédiatement disponibles pour offrir du soutien. Toutes les unités et tous les détachements sanitaires doivent être prêts à accueillir des patients sans interrompre la progression ou à immobiliser une partie de leurs ressources pour que le mouvement reprenne le plus rapidement possible. En raison d'actions au sol de l'ennemi, du tir indirect, d'attaques aériennes, d'ouvrages de destruction, d'activités clandestines, d'accidents, etc., des blessés peuvent avoir besoin de soins à n'importe quel point de la ou des colonnes en marche. Il faut donc établir des plans pour soutenir tous les éléments, y compris les échelons administratifs. La capacité des forces encerclées de déployer des ressources supplémentaires avant la jonction sera limitée et il faudra recourir au maximum à l'évacuation sanitaire aérienne pour réduire la mortalité et la morbidité.

112. **Évacuation**. Les planificateurs du Service de santé doivent tenter d'obtenir la priorité de mouvement ainsi que de l'espace réservé sur les routes d'évacuation terrestre. Il est parfois difficile d'établir une chaîne normale d'évacuation sanitaire terrestre en raison de l'encombrement sur l'itinéraire principal de ravitaillement, de la destruction de ponts et de ponceaux et de la présence de défilés sur les itinéraires principaux. Si c'est possible, on doit utiliser des hélicoptères pour l'évacuation entre les postes sanitaires d'unité et les installations sanitaires situées dans la zone arrière. Les patients souffrant de blessures légères devront être transportés par des véhicules d'approvisionnement qui reviennent vers l'arrière. Compte tenu de la direction du mouvement au cours de cette phase de la guerre, il se peut que les patients soient d'abord acheminés vers le front et non vers une installation sanitaire. Toutefois, dès la première occasion, les patients sont intégrés à la chaîne d'évacuation normale ou mis à l'abri dans des PRB le long de l'axe principal où ils seront recueillis par des organismes d'évacuation. L'évacuation des blessés, particulièrement s'ils proviennent des rangs de la force de couverture et de l'avant-garde, exige des dispositions spéciales. Des ressources d'évacuation devraient être attachées à ces deux éléments. Les itinéraires d'évacuation devraient être différents de l'axe de progression. L'évacuation des pertes, particulièrement celles de la force de couverture et de l'avant-garde, exige des dispositions

spéciales. Des ressources d'évacuation devraient être attachées à ces deux éléments. Les itinéraires d'évacuation doivent être différents de l'axe de progression.

113. **Traitement**. Avant l'opération, on doit disposer les installations sanitaires le plus à l'avant possible, et en utilisant la technique de la progression par dépassement, on doit maintenir avec la force en marche une distance permettant d'offrir le soutien nécessaire. Afin de conserver la mobilité, il faut évacuer rapidement les patients. En raison de la longueur des itinéraires d'évacuation terrestre, toutes les installations sanitaires de deuxième niveau doivent être prêtes à accueillir et à garder temporairement les patients. Dans les installations associées au rôle 1 et au rôle 2, les seuls traitements qui peuvent être dispensés sont souvent administrés à l'arrière des véhicules au moment des haltes et dans les refuges. Suivant la situation tactique dans la zone, les pertes des forces encerclées que l'on ne peut évacuer par la voie des airs doivent être gardées dans un nombre minimum de relais afin d'accélérer leur évacuation vers l'arrière au moment de la jonction.

114. **Réserves**. Une réserve de ressources médicales est essentielle pendant les opérations de jonction, particulièrement quand des forces sont encerclées ou infiltrées.

115. **Communications**. De bonnes communications sont essentielles durant les jonctions, et le contact direct entre les unités sanitaires et les éléments de combat qu'elles appuient est crucial pour le succès de la mission du Service de santé. Les commandants du Service de santé devraient se déplacer avec les commandants des éléments de combat ou les suivre de près, tout en restant en contact avec leurs unités et leurs sous-unités. Il faut entrer en contact dès que possible avec les forces encerclées afin d'assurer une planification adéquate de l'évacuation rapide de patients en attente au moment de la jonction.

## SOUTIEN ASSOCIÉ AU RÔLE 2

116. Le soutien des forces en mouvement est semblable à celui offert aux forces pendant la marche à l'ennemi; cependant, au moment de la jonction avec des forces encerclées ou infiltrées, il incombe à la force en mouvement d'évacuer les patients. Dans le cas de forces

infiltrées, le soutien sanitaire intégré doit être augmenté afin de s'assurer que l'état des patients qui n'ont pas été évacués par la voie des airs est stabilisé en attendant la jonction avec la force en mouvement.

## SOUTIEN ASSOCIÉ AU RÔLE 3

117. Le choix de l'emplacement de l'hôpital ou des hôpitaux de campagne doit être fondé sur le type d'opération de guerre à laquelle la phase transitoire mène (c.-à-d. à l'avant en cas d'opérations offensives et à l'arrière en cas d'opérations défensives). Les hôpitaux demeurent à une distance leur permettant d'appuyer les éléments de combat, c.-à-d. à six heures au maximum de l'endroit où les militaires sont blessés. Les facteurs restrictifs sont le nombre d'hôpitaux de campagne en réserve au début de l'opération et le degré de mobilité des hôpitaux déployés. Lorsqu'on sait que les forces seront isolées pendant des périodes prolongées avant la jonction, p. ex. durant des opérations d'infiltration, il peut être nécessaire d'attacher une ou des équipes chirurgicales avancées à l'élément de soutien sanitaire de la force d'infiltration.

## RELÈVE DES TROUPES — GÉNÉRALITÉS

118. La relève est définie comme la prise en charge des activités de combat par une autre force. Les opérations de relève ont lieu quand les forces :

a. ne sont plus en mesure de poursuivre leur mission;

b. sont requises ailleurs pour d'autres opérations;

c. ont accompli leur mission;

d. doivent être remplacées pour éviter l'épuisement;

e. ne conviennent pas à l'exécution d'une nouvelle mission.

119. La relève est normalement exécutée pour maintenir la puissance de combat globale et elle comprend un transfert de

responsabilité opérationnelle d'une mission de combat. Les types de relève sont les suivants :

a. **Relève sur place**. Remplacement de la totalité ou d'une partie d'une force d'un secteur par une unité qui poursuit les opérations en cours.

b. **Passage des lignes vers l'avant**. Opération de relève au cours de laquelle une force se déplace vers l'avant ou engage l'ennemi à travers les positions d'une autre force qui est en contact avec ce dernier.

c. **Passage des lignes vers l'arrière**. Opération de relève au cours de laquelle une force se déplaçant vers l'arrière traverse la position défensive d'une unité.

d. **Repli**. Le repli diffère du désengagement parce qu'il s'agit du mouvement de retrait d'une force qui n'est pas en contact avec l'ennemi.

## PROBLÈMES

120. **Généralités**. Durant n'importe quelle opération de relève, la congestion accroît à un certain moment la vulnérabilité des forces engagées. Cela entraîne de la confusion puisque deux systèmes de commandement parallèles opèrent en même temps dans une zone.

121. **Plans du Service de santé**. Les problèmes sanitaires associés à la planification des opérations de relève sont aggravés par la nécessité de planifier deux opérations simultanées pour lesquelles il existe des besoins particuliers et peut-être contradictoires.

122. **Évacuation**. La congestion entraînée par les véhicules de combat et les véhicules logistiques de deux forces opérant dans le même secteur entrave les itinéraires d'évacuation. Il peut être nécessaire d'utiliser au maximum l'évacuation sanitaire aérienne et de réduire le nombre d'itinéraires et la fréquence des déplacements des ambulances.

## DOCTRINE

123. **Déploiement des ressources**. Dès le début, il faut répartir les ressources sanitaires de manière qu'elles couvrent chaque composante de la force en mouvement et qu'elles soient immédiatement disponibles pour offrir du soutien. Toutes les unités et tous les détachements sanitaires doivent être prêts à accueillir des patients sans interrompre la progression ou à immobiliser une partie de leurs ressources pour que le mouvement reprenne le plus rapidement possible. En raison d'actions au sol de l'ennemi, du tir indirect, d'attaques aériennes, d'ouvrages de destruction, d'activités clandestines, d'accidents, etc., des blessés peuvent avoir besoin de soins à n'importe quel point de la ou des colonnes en marche. Il faut donc planifier le soutien de tous les éléments, y compris les échelons administratifs.

124. **Évacuation**. Les planificateurs du Service de santé doivent tenter d'obtenir la priorité de mouvement ainsi que de l'espace réservé sur les routes d'évacuation terrestre. Il est parfois difficile d'établir une chaîne normale d'évacuation sanitaire terrestre en raison de l'encombrement sur les itinéraires principaux. Si c'est possible, on doit utiliser des hélicoptères pour l'évacuation entre les PSU et les installations sanitaires situées dans la zone arrière. Les patients souffrant de blessures légères devront être transportés par des véhicules d'approvisionnement qui reviennent vers l'arrière.

125. **Traitement**. Les installations sanitaires doivent maintenir avec les forces en marche une distance permettant d'offrir le soutien nécessaire. Afin de conserver la mobilité, il faut évacuer rapidement les patients.

126. **Réserves**. La vulnérabilité de la force durant les opérations de relève exige le maintien d'une réserve solide.

## SOUTIEN ASSOCIÉ AU RÔLE 2

127. **Évacuation**. Le soutien des forces en mouvement est décrit pendant la phase transitoire appropriée (marche à l'ennemi/désengagement, etc.) tandis que le soutien de la force en place est décrit dans la section des opérations défensives. Durant les opérations de relève, la priorité pour les commandants du Service de

santé est de s'assurer que les pertes subies par la force en déplacement sont évacuées rapidement afin d'assurer au soutien sanitaire intégré et rapproché la mobilité nécessaire pour demeurer en contact avec les forces appuyées.

128. **Traitement**. L'emplacement du PSB dépend du type d'opération qui suivra la phase transitoire (c.-à-d. à l'avant pendant une opération offensive et à l'arrière pendant une opération défensive).

## SOUTIEN ASSOCIÉ AU RÔLE 3

129. Le choix de l'emplacement de l'hôpital ou des hôpitaux de campagne doit être fondé sur le type d'opération de guerre à laquelle la phase transitoire mène (c.-à-d. à l'avant en cas d'opérations offensives et à l'arrière en cas d'opérations défensives). Les hôpitaux demeurent à une distance leur permettant d'appuyer les éléments de combat, c.-à-d. à six heures au maximum de l'endroit où les militaires sont blessés. Les facteurs restrictifs sont le nombre d'hôpitaux de campagne en réserve au début de l'opération et le degré de mobilité des hôpitaux déployés.

# CHAPITRE 9
# OPÉRATIONS DANS DES ENVIRONNEMENTS PARTICULIERS

## GÉNÉRALITÉS

1. Comme c'est le cas pour les unités de combat, l'efficacité des unités sanitaires peut être réduite quand les opérations se déroulent dans des conditions météorologiques et géographiques extrêmes. Habituellement, les unités sanitaires sont préparées pour la plupart des environnements, mais elles peuvent avoir besoin d'équipement spécialisé. Principalement constitué d'abris et de moyens de transport, cet équipement est distribué selon les types et les quantités qui correspondent à la mission de soutien. Pendant les déplacements et aux endroits où les services sont dispensés, on doit, par temps très chaud ou très froid, constamment surveiller les fournitures et le matériel médical pour empêcher qu'ils se détériorent. Dans bien des cas, une exposition prolongée à des conditions environnementales extrêmes entraîne des pertes plus nombreuses que dans des situations normales. Par ailleurs, les unités sanitaires sont appelées à traiter dans les limites de leur compétence des maladies ou des blessures inhabituelles.

## OPÉRATIONS DANS LE DÉSERT

2. **Introduction**. Dans les régions au climat chaud, les conditions qui règnent sur le champ de bataille sont variées; les opérations sont souvent effectuées rapidement, parfois sur de grandes distances.

3. Les services de santé doivent donc être en mesure de se rendre rapidement à l'endroit où il y a des blessés, de s'occuper d'eux et de les évacuer. Il est d'une importance capitale de pouvoir réduire les effets du climat chaud.

4. Les effets possibles du climat chaud sur la gestion des patients sont classés sous les rubriques suivantes :

   a. les dangers du climat chaud;

b. les effets pathologiques de la chaleur;

c. les effets sur la gestion des patients;

d. les besoins en équipement et en matériel;

e. les besoins en matière d'entrainement.

5. **Dangers du climat chaud**. Les personnes sont exposées aux dangers ci-dessous dans les climats chauds :

a. **Stress dû à la chaleur**. Il est probable que le rendement des personnes soit diminué par le fait qu'elles souffrent de maladies dues à la chaleur ou qu'elles soient sur le point d'en souffrir. Que le rendement soit touché ou non, on doit supposer que les personnes subissent des pertes hydriques.

b. **Variations de température entre le jour et la nuit**. Dans les régions désertiques, il y a de grandes variations de température entre le jour et la nuit, ce qui est une source d'inconfort. Il y a donc lieu de prévoir une protection contre le froid qui sévit le soir; il s'agit là d'une tâche supplémentaire en matière de logistique.

c. **Manque d'eau**. Dans les types de terrain variant des régions à végétation chétive aux régions désertiques, un climat chaud et sec sévit et les sources d'eau peuvent être rares.

6. Les installations sanitaires sont exposées aux dangers ci-dessous :

a. Un environnement chaud compromet le confort du personnel et des patients et l'entreposage sécuritaire de l'équipement et des fournitures. Quand l'indice au thèrmomètre-globe humide (WBGT) peut dépasser 27,5 °C (voir le QSTAG 891), les installations de troisième ligne doivent avoir des systèmes de climatisation. Ces facteurs, ainsi que

les mesures préventives, sont adéquatement expliqués dans les documents connexes.

b. Dans les régions chaudes et sèches, les opérations militaires de n'importe quel type sont perturbées par la poussière qui nuit au traitement des blessés et à la maintenance des installations sanitaires.

7. Les effets pathologiques qui ont rapport avec la gestion des patients comprennent les suivants :

a. **Déshydratation**. Le climat chaud est propice aux pertes hydriques de l'organisme, ce qui peut rompre l'équilibre hydrique et peut-être même l'équilibre acido-basique. Avant et pendant le traitement, il faut accorder la priorité au maintien de l'hydratation.

b. **Déséquilibre électrolytique**. Effet normal de la plupart des blessures et des maladies, le déséquilibre électrolytique peut s'aggraver par temps chaud. Il peut accompagner la déshydratation en raison d'une absorption insuffisante de liquides par la victime ou d'une carence en sel excessive chez cette dernière. Il faut alors mesurer les électrolytes sériques.

c. **Infections**. Dans les régions au climat chaud, les risques d'infection sont plus grands parce que de nombreux vecteurs sont responsables de la transmission, par les animaux et par les humains, de maladies bactériennes et virales, de mycoses et d'helminthiases endémiques. Il faut donc accorder l'attention voulue à la protection personnelle des patients. De plus, on doit observer des normes sévères d'hygiène pour la manutention des aliments, l'élimination des déchets et l'entretien ménager en général.

d. **Troubles de la nutrition**. Le métabolisme humain est soumis à rude épreuve dans les régions au climat chaud. En règle générale, les personnes ont besoin d'un régime à plus haute teneur en glucides.

e. **Problèmes psychologiques**. Une plus grande exposition à la chaleur peut avoir des effets sur le confort, ce qui peut faire augmenter le stress psychologique. Le personnel du Service de santé peut également être appelé à travailler dans des conditions difficiles. On doit faire des efforts particuliers pour atténuer les effets négatifs de l'environnement sur les patients et le personnel du Service de santé.

8. **Effets sur la gestion des patients**. En raison des dangers présents, on doit faire une évaluation spéciale :

a. du stress dû à la chaleur ambiante subi par les patients;

b. de l'acclimatation des patients;

c. de l'activité physique des patients;

d. de la consommation d'eau des patients.

9. Certaines personnes ont un tempérament idiosyncrasique; elles réagissent mal à l'agression de la chaleur et sont plus susceptibles de contracter des maladies attribuables à celle-ci. Quand on sait qu'une personne appartient à ce groupe, on doit lui accorder une attention particulière et éviter de lui confier une charge de travail lourde quand les conditions sont difficiles.

10. L'environnement nucléaire, biologique et chimique (NBC) pose des problèmes particuliers. Quand l'indice au thèrmomètre-globe humide atteint ou dépasse 27,5 °C, les risques de stress dû à la chaleur sont extrêmes, et il peut être difficile, sur le plan clinique, de décider s'il faut maintenir la protection NBC ou protéger les personnes contre les maladies dues à la chaleur.

11. Durant la gestion des patients, on doit accorder une attention particulière aux points ci-dessous :

a. **Niveau d'hydratation**. Il faut sans cesse évaluer le niveau d'hydratation des patients. Il est important de dépister dès le début les cas de déséquilibre hydrique

et d'y remédier. On ne peut pas soigner des patients sur de grandes distances sans satisfaire à leurs besoins hydriques et électrolytiques. Il est également important de surveiller le débit urinaire des patients, mesure qui facilite la détection des cas de déshydratation grave. Les patients doivent maintenir au moins un débit urinaire de 1,5 litre par jour.

b. **Bien-être des patients**. Le temps chaud constitue une agression supplémentaire pour les patients pendant toutes les étapes de leur traitement et de leur transport. Le personnel du Service de santé est donc tenu d'accorder une attention particulière aux points suivants :

(1) disposer d'une réserve adéquate de liquide (notamment les solutions intraveineuses);

(2) prendre des dispositions pour que les patients puissent se reposer suffisamment;

(3) choisir un bon emplacement pour les abris temporaires;

(4) assurer la protection personnelle des patients contre le rayonnement solaire, les insectes et les autres vecteurs de maladies possibles;

(5) être à l'affût des maladies infectieuses, en particulier les maladies endémiques de la région, et se soucier de les diagnostiquer tôt.

c. **Contrôle des conditions ambiantes**. Lorsque c'est possible sur le plan tactique, il faut toujours tirer profit au maximum de l'aération naturelle. On doit installer les abris temporaires des blessés en conséquence. Il faut relever les rabats des tentes chaque fois que c'est possible.

12. Il faut installer si possible des systèmes de climatisation ou à tout le moins des éventails électriques dans les véhicules, les tentes et les bâtiments qui servent au traitement des patients de la première ligne vers l'arrière. De même :

a. Il faut utiliser si c'est possible les bâtiments locaux (la plupart d'entre eux sont conçus et construits en fonction des conditions locales prédominantes).

b. Il faut penser à mettre en place des postes de rafraîchissement, surtout s'il faut évacuer des patients sur de grandes distances. Ces installations doivent constituer des abris adéquats et permettre aux patients de se reposer et de se réhydrater. Afin que la température interne des patients puisse revenir à la normale après s'être élevée pendant l'évacuation, on doit leur permettre de demeurer deux heures dans les postes de rafraîchissement.

13. **Besoins en équipement et en matériel**. Dans les régions à climat chaud, le traitement des patients comporte des besoins spéciaux en équipement et en matériel :

a. **Tentes**. Quand il n'y a pas de système de climatisation, les tentes doivent être de conception légère et comporter le plus grand nombre d'ouvertures possible pour l'aération. Cependant, quand il y a climatisation, il vaut peut-être mieux utiliser un matériau plus épais et tissé plus serré.

b. **Climatisation**. Les véhicules et à tout le moins les tentes et les bâtiments de troisième ligne doivent être équipés de systèmes de climatisation. Il doit s'agir de systèmes portatifs capables de fonctionner sur courant alternatif ou continu. La climatisation des zones de patients doit être obligatoire pour toutes les installations sanitaires de troisième ligne.

c. **Entreposage spécial**. Des aires d'entreposage spéciales sont nécessaires pour les fournitures médicales.

d. **Solutions intraveineuses**. Quand l'indice au thermomètre-globe humide dépasse 27,5 °C, les réserves de solutions intraveineuses qui sont obligatoires en vertu du QSTAG 288 doivent être augmentées comme suit :

(1) premier niveau — augmentation de 25 litres;

(2) deuxième niveau — augmentation d'un litre par deux patients prévus;

(3) troisième niveau — augmentation d'un litre par patient prévu.

e. **Ambulances**. Les unités ont besoin d'un plus grand nombre d'ambulances et du soutien direct des escadrons d'ambulances aériennes.

14. **Besoins en instruction**. Tous les membres du Service de santé doivent recevoir une instruction sur les principes de prévention et de traitement des blessures dues à la chaleur et sur les besoins spéciaux du traitement des patients par temps chaud.

15. Tous les membres du Service de santé doivent être en mesure de prodiguer des conseils sur la prévention des maladies et des blessures dues à la chaleur.

16. L'instruction doit principalement porter sur les points ci-dessous :

a. la médecine environnementale;

b. l'identification, le traitement et la prévention des maladies dues à la chaleur;

c. l'acclimatation;

d. la prévention des maladies endémiques.

## OPÉRATIONS EN MONTAGNE

17. La guerre en montagne se caractérise principalement par le degré de difficulté des mouvements. L'inaccessibilité de certaines régions restreint la liberté des troupes et limite les effectifs qui peuvent être maintenus et déployés.

18. Le ratio blessés transportés sur civière/blessés ambulatoires augmente en montagne; même une personne légèrement blessée peut avoir de la difficulté à se déplacer sur un tel terrain. De plus, on est dans certains cas obligé de recourir à des moyens de fortune comme le travois, des animaux ou des transporteurs à câble.

19. On doit avoir recours le plus possible à l'évacuation sanitaire aérienne. La promptitude avec laquelle les soins sont prodigués peut faire la différence entre la vie et la mort. En conséquence, l'évacuation par ambulance aérienne, qui est le moyen le plus sûr, le plus rapide et le plus confortable, est très souhaitable. Avant une opération en montagne, on doit déterminer le nombre d'aéronefs dont on dispose ainsi que leurs capacités et leurs restrictions.

## OPÉRATIONS DANS LA JUNGLE

20. Bon nombre des problèmes associés aux opérations dans le désert peuvent également se présenter durant les opérations dans la jungle; le climat du désert est chaud et sec, celui de la jungle, chaud et humide. C'est pourquoi bon nombre des principes régissant le traitement des patients sont communs aux deux types d'environnement.

21. Les personnes sont exposées aux principaux dangers décrits ci-dessous :

a. Un climat chaud et humide se caractérise évidemment par un taux élevé d'humidité ambiante. Dans la plupart des cas, le terrain est couvert d'une végétation dense qui restreint les déplacements et ralentit l'évacuation sanitaire. Les cas de stress dus à la chaleur ambiante sont très probables. On n'est jamais certain s'il y aura des sources d'eau naturelles, ni, si le cas échéant, cette eau est potable.

b. En raison du taux élevé d'humidité, les installations sanitaires peuvent facilement devenir elles-mêmes des foyers de contagion.

22. Les principales difficultés des services de santé durant les opérations dans la jungle sont la grande dispersion des unités de combat, le mauvais état des chemins et l'absence de lignes de communication protégées. On peut en outre s'attendre à un plus grand nombre de blessés transportés sur civière car même les personnes légèrement blessées peuvent être incapables de marcher dans les sous-bois denses. En conséquence, un soldat qui serait ordinairement capable de marcher peut devoir être transporté sur civière. Comme dans le cas des opérations dans des régions désertiques, il faut des installations à conditions ambiantes contrôlées pour l'entreposage des fournitures médicales périssables.

23. Les hélicoptères équipées de treuils intégrés de sauvetage du personnel constituent le moyen le plus rapide pour extraire les patients à travers le couvert végétal de la jungle. Les patients peuvent être évacués vers le poste sanitaire d'unité (PSU) ou, selon la gravité de leurs blessures, vers des installations sanitaires situées plus loin à l'arrière.

24. Des ambulances aériennes peuvent être placées de manière à soutenir les divisions ou les groupes-brigades; elles sont généralement localisées dans les zones avant.

25. Il n'est pas recommandé de se fier seulement aux ambulances aériennes. On doit utiliser tous les moyens disponibles pour la cueillette et l'évacuation des blessés.

## OPÉRATIONS PAR TEMPS FROID

26. **Généralités**. Les opérations militaires effectuées par temps froid (température de l'air ambiant inférieure à –6 °C) se distinguent principalement par les restrictions tactiques et logistiques attribuables aux conditions climatiques difficiles et par l'instruction, les procédures et les types d'équipement spéciaux dont on a besoin pour surmonter ces obstacles. Cette question est traitée plus en détail dans le QSTAG 893. Le froid accélère l'effet de choc et réduit les possibilités de rétablissement des patients qui y sont exposés. Par temps froid ou

dans la neige épaisse, l'évacuation sur civières est extrêmement difficile et les brancardiers sont sujets à l'épuisement. Dans des conditions arctiques et sans véhicules spécialement conçus, il est difficile d'effectuer une évacuation au sol en hiver et à peu près impossible en été, puisqu'on ne sait jamais à l'avance sur quelle surface (neige, glace, toundra) on se déplacera.

27. **Principes**. Les principes qui régissent les soins médicaux prodigués par temps froid sont les suivants :

a. Le facteur le plus important est d'empêcher les pertes de chaleur corporelle à partir du moment où la personne est blessée ou malade. Les moyens utilisés comprennent la protection personnelle supplémentaire (p. ex., des pansements volumineux, des couvertures, un sac de couchage), le séjour dans un abri (p. ex., une tente, un appentis, une ambulance ou un autre véhicule) et une source de chaleur extérieure (p. ex., un réchaud ou le système de chauffage d'un véhicule).

b. Afin de maximiser les chances de succès du Service de santé, il faut selon toute vraisemblance réduire la durée optimale de l'évacuation sanitaire, particulièrement si on ne parvient pas à prévenir adéquatement les pertes de chaleur. Il peut être nécessaire de placer les unités sanitaires avant plus près de la limite avant de la zone de bataille (LAZB) et d'accroître la mobilité et l'équipement prévus pour des conditions climatiques tempérées. Afin de déplacer les patients, on peut être obligé d'avoir recours à toutes sortes de véhicules (p. ex., des toboggans, des autoneiges et des véhicules blindés chenillés). Pour l'évacuation sanitaire, on doit mettre l'accent sur l'utilisation des hélicoptères.

28. **Premiers soins**. Il est essentiel de prodiguer les premiers soins au front pour empêcher l'aggravation du stress dû au froid et des autres blessures reliées au froid.

29. **Évacuation**. Il faut tenir compte des facteurs suivants :

a. En raison des conditions climatiques et du terrain, la disponibilité d'un nombre suffisant de brancardiers dans les éléments avant est encore plus nécessaire. Si les troupes se déplacent à pied, elles doivent être accompagnées de brancardiers disposant de toboggans. De plus, une proportion de tous les types de véhicules doit être équipée de civières et d'accessoires connexes ainsi que de compartiments chauffés pour les blessés, en particulier les véhicules tous terrains, car ceux-ci constituent dans certains cas le seul moyen disponible pour récupérer les blessés et les évacuer.

b. Les ressources sanitaires de l'unité doivent être aussi mobiles que la force dont elles assurent le soutien; les unités d'évacuation sanitaire doivent se déployer plus loin à l'avant de la zone de combat car les conditions ambiantes peuvent ralentir les déplacements sur les itinéraires d'évacuation. Le transport depuis le poste sanitaire avant jusqu'aux installations de soins de troisième ligne doivent se faire le plus rapidement possible. L'évacuation sanitaire aérienne, habituellement par hélicoptère, est le moyen d'évacuation privilégié. Étant donné les conditions climatiques, le terrain et la disponibilité incertaine des véhicules, les installations sanitaires doivent être en mesure de garder les patients et de leur prodiguer des soins de réanimation, des traitements chirurgicaux de stabilisation et des soins provisoires jusqu'à ce que l'évacuation puisse être reprise en toute sécurité.

c. Une fois que le patient est entré dans la chaîne d'évacuation, il doit continuellement se trouver dans un abri chauffé. Les véhicules d'évacuation à compartiment fermé doivent être chauffés et la température intérieure doit être maintenue constamment à 22 °C, quelle que soit la température ambiante extérieure. Afin de transporter ou de garder des patients dans des espaces non chauffés ou insuffisamment chauffés, on aura besoin de sacs de transport de blessés dotés si c'est possible d'une source de chaleur.

d. Les conducteurs participant aux évacuations terrestres doivent avoir des compétences spéciales relativement aux déplacements tous terrains et à la navigation. En raison des phénomènes environnementaux (perturbations ionosphériques, aurores boréales, tempêtes magnétiques) et physiques associés au climat froid, il faut assurer une maintenance maximale de l'équipement radio et de l'équipement de communications, dont la fiabilité doit être maximale. Le commandement et le contrôle des ressources d'évacuation prend plus d'importance.

30. **Traitement**. Il faut accorder une attention particulière aux éléments ci-dessous :

a. Les victimes du stress dû au froid souffrent généralement de déshydratation; cette carence peut être aggravée par la blessure ou la maladie principale. On doit en conséquence envisager le recours le plus hâtif possible à un traitement par injection intraveineuse. Une fois le traitement entrepris, il faut s'assurer que les liquides ne sont pas exposés au froid.

b. L'administration de médicaments, en particulier par voie parentérale, peut ne pas produire les effets habituels chez le patient victime du stress dû au froid.

c. Il faut être prudent quand on pratique une analgésie par voie parentérale sur un patient victime du stress dû au froid car les effets des médicaments sur les vaisseaux peuvent accentuer l'état précaire du patient.

d. Le sang coagule moins rapidement dans une blessure subie à une extrémité froide que dans une blessure subie à une extrémité chaude.

31. **Équipement médical**. Il faut toujours protéger du froid une partie des fournitures médicales (notamment les médicaments), soit

parce que le froid endommage l'équipement, soit parce qu'il l'empêche de bien fonctionner. Des conteneurs chauffés (pharmacies portatives) peuvent être utiles à cet égard.

# CHAPITRE 10
# OPÉRATIONS DU SERVICE DENTAIRE

## GÉNÉRALITÉS

1. Comme on l'a déjà vu au chapitre 3, un peloton de soins dentaires est maintenant intégré à l'ambulance de campagne. Le présent chapitre donne une vue d'ensemble des opérations du Service dentaire jusqu'au niveau tactique.

## RÔLE

2. Au combat, le rôle du Service dentaire est de maintenir les militaires en poste. Afin de bien jouer ce rôle, le Service dentaire doit profiter de toutes les occasions pour promouvoir et maintenir une bonne santé buccale. Au combat, le Service dentaire offre des services permanents de soins dentaires d'urgence pour les cas de maladie ou de traumatismes. Les services dentaires traitent les blessures maxillo-faciales en collaboration avec le Service de santé dans des installations sanitaires. Avant et après le combat, on prodigue des soins dentaires réguliers afin d'enrayer les maladies dentaires et de redonner à ceux qui l'auraient perdue la meilleure santé buccale possible. Enfin, le Service dentaire fournit une aide paramédicale au Service de santé pendant les périodes de combat intense, quand les installations sanitaires sont susceptibles d'être débordées.

## CHAMP D'APPLICATION

3. Le soutien que doivent fournir les services dentaires prend de l'ampleur à mesure qu'on recule à partir de la limite avant de la zone de bataille (LAZB). Le seul soutien fourni aux personnes participant au combat est le traitement des maladies dentaires et des blessures au combat qui empêchent les soldats de s'acquitter de leurs tâches. La mission opérationnelle passe avant le traitement des maladies et des blessures moins graves. La majeure partie des soins dentaires est prodiguée quand les personnes ne sont pas engagées dans le combat ou quand la menace de combat est faible.

## OPÉRATIONS DU SERVICE DENTAIRE

4. **Plan du Service dentaire**. Il appartient au commandement d'assurer le soutien en matière de soins dentaires. Le plan du Service dentaire est préparé par le commandant du peloton de soins dentaires, parallèlement au plan du Service de santé établi par l'ambulance de campagne, et est approuvé par le commandant de l'ambulance de campagne. La mise en application de ce plan incombe au Service dentaire.

5. **Opérations du Service dentaire**. À tous les niveaux, les services dentaires doivent rendre compte aux commandants des tâches suivantes :

a. prodiguer des soins dentaires afin de maintenir une bonne santé buccale chez les militaires et de prévenir la maladie dentaire;

b. coordonner l'évacuation des victimes de maladies et de blessures dentaires dont l'état n'est pas conforme à la politique de garde de la brigade;

c. préparer, contrôler et tenir les documents du Service dentaire;

d. donner de l'instruction aux membres du Service dentaire, prodiguer des conseils et de l'aide et assurer la supervision relative à l'instruction d'autres personnes sur toutes les questions touchant la santé buccale des militaires;

e. prodiguer une aide paramédicale au Service de santé pendant les périodes de combat intense, conformément aux ordres donnés par le commandant.

## ORGANISATION ET EMPLOI

6. **Organisation**. L'organigramme du peloton de soins dentaires est illustré dans le Coffre de campagne informatisé (CCI).

7. **Poste de commandement du peloton**. Le poste de commandement du peloton est structuré de manière à permettre au commandant du peloton d'exercer sur ce dernier un commandement et un contrôle normaux et de prodiguer la gamme complète des soins dentaires.

8. **Sections de traitement**. Les sections de traitement fournissent les soins de deuxième ligne aux unités du groupe-brigade. Chaque section se compose d'un dentiste militaire et de deux adjoints.

9. **Section du soutien technique**. La section du soutien technique fournit au peloton le soutien technique dentaire de deuxième ligne.

10. **Emploi**. Le peloton de soins dentaires est normalement employé dans la zone administrative de brigade (ZAB). Le poste de commandement du peloton et la section du soutien technique sont habituellement co-implantés avec la compagnie médicale. Pour des raisons de sécurité et d'accessibilité, les sections de traitement sont dispersées dans la zone administrative de brigade. L'articulation des sections de soins dentaires exige une analyse détaillée des besoins en soins dentaires; si la situation opérationnelle le permet, les sections peuvent être déployées à l'avant des zones administratives des principales unités.

11. **Déploiement**. On a établi un mode de déploiement standard pour le peloton de soins dentaires, qui doit servir de base au déploiement des sections. En pratique, cependant, on doit tenir compte de facteurs comme la situation opérationnelle, la disponibilité des troupes pour le traitement, la date à laquelle les derniers traitements ont été donnés et les emplacements des unités. On déploie habituellement un peloton de soins dentaires type en tenant compte des éléments ci-dessous :

a. Le poste de commandement du peloton demeure avec le quartier général de l'ambulance de campagne. Il est utilisé à temps partiel comme une clinique supplémentaire qui assure le soutien des autres éléments de la zone.

b. Deux sections de traitement sont généralement articulées avec les unités principales et se trouvent dans la zone de l'échelon B, dans la ZAB.

c. Une troisième section de traitement est articulée avec l'ambulance de campagne et est située au même endroit que le poste de commandement de la compagnie médicale. La section de traitement fournit des soins dentaires aux patients qui entrent dans la chaîne d'évacuation sanitaire. Elle peut également donner des soins courants et des soins d'urgence aux patients du Service de santé et aux personnes se trouvant dans la zone générale de l'installation sanitaire.

d. La quatrième section de traitement appuie le bataillon des services. Elle est généralement co-implantée avec la compagnie du transport, de l'approvisionnement ou de la maintenance. L'emplacement dépend du nombre de patients et des directives données par le commandant du bataillon des services.

12. S'il faut procéder autrement en raison de la situation tactique, le commandant de l'ambulance de campagne peut décider de grouper les ressources du Service dentaire et de les co-implanter avec le PSB.

13. Le déploiement proposé ci-dessus n'est pas obligatoire. Le déploiement du peloton de soins dentaires et de ses ressources dépend de la situation tactique, des ordres de la brigade et du plan du Service dentaire.

## CONVENTIONS DE GENÈVE

14. Le Canada accepte les clauses des Conventions de Genève relatives à la protection des membres du Service dentaire et des patients. Il est donc nécessaire d'identifier de façon appropriée les véhicules et les installations du Service dentaire et de prodiguer des soins aux prisonniers de guerre qui en ont besoin. Il ne faut pas employer les membres du Service dentaire d'une façon non conforme aux clauses des Conventions de Genève. Ces personnes ne peuvent

utiliser des armes que pour se défendre ou défendre leurs patients contre une attaque directe de l'ennemi. C'est au niveau du commandement que se prend la décision d'arborer la croix rouge et cette décision est prise conformément à la politique de l'unité/de la formation.

## COMMANDEMENT ET CONTRÔLE

15. **Commandement**. Au niveau du groupe-brigade, le peloton de soins dentaires est une sous-unité de l'ambulance de campagne et il est de ce fait en sous-ordre du commandant de l'ambulance de campagne.

16. **Rapport de commandement**. Les éléments du Service dentaire qui sont temporairement articulés avec des formations ou des unités appuient normalement ces formations ou ces unités et sont en sous-ordre de ces dernières pour le mouvement et la maintenance quotidienne.

17. **Contrôle**. Le commandant du peloton de soins dentaires exerce un contrôle professionnel et technique sur tous les membres du Service dentaire du groupe-brigade.

18. **Rôle de conseiller**. La prestation de conseils professionnels et techniques aux commandants constitue une fonction importante du Service dentaire. Le commandant du peloton de soins dentaires est le conseiller de la brigade en ce qui touche le Service dentaire et a directement accès au commandant pour ce qui est des questions relatives au Service dentaire. Il faut être prudent quand on détermine les sujets à présenter et la quantité de détails à fournir. Normalement, les conseils courants sur les questions d'ordre dentaire sont prodigués au commandant par l'entremise du commandant de l'ambulance de campagne.

## ANNEXE A
## OUVRAGES DE RÉFÉRENCE ET ACCORDS DE NORMALISATION

1. Les publications ci-dessous sont associées au présent manuel et peuvent être lues conjointement avec ce dernier :

a. Publications des Forces canadiennes :

(1) A-MD-114-000/FP-000, *Manuel du transport des malades et des blessés*,

(2) B-GL-300-000/FP-000, *L'Armée de terre du Canada*,

(3) B-GL-301-002/FP-002, *Le groupement tactique au cours des opérations*,

(4) B-GG-302-002/FP-001, *Opérations particulières, volume 2, Opérations dans l'arctique et la zone subarctique, Partie 1, Entraînement fondamental aux opérations par temps froid*,

(5) B-GL-303-002/FP-000, *Services de l'état-major en campagne*,

(6) B-GL-331-003/FP-002, *Signes conventionnels militaires*,

(7) B-GL-303-004/FP-001, *Données opérationnelles d'état-major*,

(8) B-GG-005-004/AF-014, *Mouvements, Doctrine des opérations de la Force canadienne — Movement de la force* [Traduction]

(9) B-GL-304-002/FP-001, *Administration de l'unité*,

(10) B-GL-311-001/FP-001, *Administration au combat.*

b. Publications de l'OTAN :

(1) AAP-6(P) *Glossaire OTAN des termes et définitions*,

(2) AAP-6 *Signes conventionnels militaires*,

(3) ATP-34(A) *Doctrine tactique des forces terrestres*;

c. Publications quadripartites consultatives ABCA :

(1) QAP-5 *ABCA Armies Logistics Handbook*,

(2) QAP-6 *ABCA Armies Logistics Vocabulary and Catalogue of Combat Supplies.*

2. Les accords de normalisation ci-dessous ont été intégrés entièrement ou partiellement au présent manuel :

| OTAN-STANAG | ABCA-QSTAG | TITRE |
|---|---|---|
| 2027 | 512 | Marquage des véhicules militaires |
| 2060 | 248 | Identification du matériel médical pour répondre aux besoins urgents |
| 2061 | 423 | Procédures relatives à la gestion des blessés et malades alliés par les organismes des services de santé |
| 2087 | 529 | Emploi du transport aérien par le service de santé dans la zone avancée |
| 2018 | 435, 537 | Procédures relatives à l'approvisionnement médical et dentaire |

| OTAN-STANAG | ABCA-QSTAG | TITRE |
|---|---|---|
| 2132 | 470 | Documents relatifs à l'évacuation sanitaire, au traitement et aux causes de décès des patients |
| 2350 | 230 | Dosage de la morphine |
| 2879 | 637 | Principes sur la conduite à tenir par le service de santé en cas de pertes massives |
| 3204 | 44/36A | Évacuation sanitaire aérienne |
| | 423 | Équivalence des installations médicales en campagne |
| | 435 | Gestion du matériel médical au cours de l'évacuation des patients |

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

| | |
|---|---|
| CCA | Centre chirurgical avancé |
| CCI | Coffre de campagne informatisé |
| CDP | Centre de décontamination des patients |
| CGS | Centre de gestion du stress |
| COCIM | Coopération civilo-militaire |
| COMCA | Commandement médical du corps d'armée |
| ECC | Équipe chirurgicale de campagne |
| ENLS | Équipe nationale de liaison sanitaire |
| ESA | Évacuation sanitaire aérienne |
| ESCA | Échelon supérieur au corps d'armée |
| ESN | Élément de soutien national |
| GMC | Groupe médical du Canada |
| LAZB | Limite avant de la zone de bataille |
| MM | Médecin militaire |
| PCA | Poste de contrôle des ambulances |
| PChA | Point de chargement des ambulances |
| PE | Protocole d'entente |
| PRA | Point de relais des ambulances |
| PRB | Point de relais de base |
| PRB | Poste de rassemblement des blessés |

Service de santé

| | |
|---|---|
| PSB | Poste sanitaire de brigade |
| PSU | Poste sanitaire d'unité |
| PSD | Poste sanitaire de division |
| PTA | Point de transfert d'ambulances |
| RSC | Réaction au stress de combat |
| SG | Soutien général |
| SLC | Soutien logistique du combat |
| SDFC | Service dentaire des Forces canadiennes |
| SEM | Salle d'examen médical |
| SSFC | Service de santé des Forces canadiennes |
| SR | Soutien rapproché |
| STC | Schéma thérapeutique clinique |
| Z atter | Zone d'atterrissage |
| ZAB | Zone d'administration de brigade |
| ZC | Zone de combat |
| Z COMM | Zone de communications |
| ZSB | Zone de soutien de la brigade |
| ZSD | Zone de soutien divisionnaire |
| WBGT | Thermomètre-globe humide |